JAHRESBERICHT

ÜBER DIE

FORTSCHRITTE

AUF DEM GEBIETE DER

GEBURTSHILFE UND GYNÄKOLOGIE

JAHRESBERICHT

ÜBER DIE

FORTSCHRITTE

AUF DEM GEBIETE DER

GEBURTSHILFE UND GYNÄKOLOGIE.

UNTER DER MITWIRKUNG VON

DR. L. ADLER (WIEN), DR. K. BAISCH (STUTTGART), CAND. MED. M. M. BECKER (HALLE), DR. E. BRACHT (BERLIN), DR. KR. BRANDT (CHRISTIANIA). DR. K. FRANZ (BERLIN), DR. H. W. FREUND (STRASSBURG I/E.), DR. A. HAMM (STRASSBURG I/E.), DR. F. HEIMANN (BRESLAU), DR. R. HIRSCH (BERLIN). DR. F. HITSCHMANN (WIEN), DR. O. HORN (KOPENHAGEN), DR. R. JASCHKE (GIESSEN), DR. F. KERMAUNER (WIEN), DR. L. KNAPP (PRAG), DR. A. J. M. LAMERS (AMSTERDAM), DR. S. LINDQVIST (STOCKHOLM), CAND. MED. E. LOEWENHARDT (HALLE), DR. A. MEISSNER (HALLE), DR. MENDES DE LEON (AMSTERDAM), DR. R. MEYER (BERLIN), DR. M. STICKEL (BERLIN), DR. M. STUMPF (MÜNCHEN), DR. TEMESVÁRY (BUDAPEST), DR. J. VEIT (HALLE), DR. ZUR VERTH (KIEL), CAND. MED. E. WEISHAUPT (BERLIN).

REDIGIERT VON

PROF. DR. K. FRANZ IN BERLIN. UND PROF. DR. J. VEIT IN HALLE.

REGISTER BEARBEITET VON PROF. DR. ROTH (HALLE A/S.)

XXVIII. JAHRGANG.

BERICHT ÜBER DAS JAHR 1914.

WIESBADEN.
VERLAG VON J. F. BERGMANN.
1915.

Druck der Königl. Universitätsdruckerei H. Stürtz A. G. Würzburg.

Inhalt.

I. Gynäkologie.

II. Geburtshilfe.

Aufforderung.

Die Redaktion des vorliegenden Jahresberichts richtet an die Herren Fachgenossen die Bitte, sie durch Übersendung von Separatabdrücken ihrer Veröffentlichungen weiter zu unterstützen und insbesondere an die Vorstände der Kliniken die Bitte, die jungen Doktoren zur Einsendung ihrer Dissertationen zu veranlassen.

Sämtliche Literaturangaben, bei welchen das Jahr des Erscheinens nicht besonders bemerkt ist, sind auf das Berichtsjahr — 1914 — zu beziehen.

I. TEIL.

GYNÄKOLOGIE.

I.

Lehrbücher.

Referent: Prof. Dr. J. Veit.

1. *Baisch, K., Leitfaden der geburtshilflichen und gynäkologischen Untersuchung. 2. Aufl. Leipzig, Georg Thieme.
2. Bandler, S. W., Medical Gynecology. Philadelphia-London. 3. Edition. (Berücksichtigung auch der Lehre von der inneren Sekretion.)
3. Düttmann, Die Frauenleiden. Gemeinverständlich dargestellt. München, Verl. d. ärztl. Rundschau.
4. *Findley, P., A treatise on the diseases of women, for students und practitioners, London.
5. *Fraenkel, L., Normale und pathologische Sexualphysiologie des Weibes. Kurzgefasstes Handbuch der gesamten Frauenheilkunde. Gynäkologie und Geburtshilfe f. d. prakt. Arzt von W. Liepmann. Bd. 3. Leipzig. F. C. W. Vogel.
6. *Frankl, O., Pathologische Anatomie und Histologie der weiblichen Genitalorgane in kurzgefasster Darstellung. Kurzgefasstes Handbuch der gesamten Frauenheilkunde Gynäkologie und Geburtshilfe f. d. prakt. Arzt. Von W. Liepmann. Bd. 2. Leipzig, F. C. W. Vogel.
7. Fürst-Flatau, Leitfaden der weiblichen Gesundheitspflege. Würzburg, Kabitzsch.
8. Jacobs, Le nouveau fantôme de Blumreich. Rev. de gynéc. et de chir. abdom. Tome 21. p. 129.
9. *Jankau, L., Taschenbuch für Frauenheilkunde und Geburtshilfe. 4. umgearb. u. verm. Aufl. Leipzig, Repertorienverlag.
10. Jeannin et Guéniot, Thérapeutique obstétricale et gynécologique. Paris, J. B. Baillière et fils.
11. *Labadie-Lagrave et Felix Legueu, Traité médico-chirurgical de gynécologie. 4. Aufl. Paris, Felix Alcan.
12. Liepmann, W., Kurzgefasstes Handbuch der gesamten Frauenheilkunde. Gynäkologie und Geburtshilfe für den praktischen Arzt. Sechs Bände in künstlerischer illustrativer Ausstattung. Leipzig, F. C. W. Vogel. (Erschienen ist Bd. 2 und Bd. 3.)
13. Polak, John Osborn, Modern methods in obstetrical and gynecological teaching. Med. Times. Vol. 41. Nr. 10.
14. *Polano, Oscar, Geburtshilflich-gynäkologische Propädeutik. Eine theoretische und praktische Einführung in die Klinik und in die Untersuchungskurse. Würzburg, Curt Kabitzsch.
15. Schlimpert, Hans, Erfahrungen mit dem Blumreichschen Phantom im Unterricht. Münchn. med. Wochenschr. Jg. 61. Nr. 13. S. 710—712. (Warme Empfehlung auf Grund der Erfahrungen im Unterricht.)

16. **Strassmann, Paul,** Arznei- und diätetische Verordnungen für die gynäkologisch-geburtshilfliche Praxis aus der Frauenklinik. 2. erw. Aufl. Berlin.

17. *Witzel, Pankow und Janssen, Eine Woche Bauchchirurgie für chirurgische und gynäkologische Ärzte. Vorträge in dem II. Kursus über die Fortschritte der Chirurgie, geh. in d. chir. u. gyn. Klinik d. Akad. f. prakt. Ärzte, Düsseldorf.

Von dem kurzgefassten Handbuch der gesamten Frauenheilkunde, Gynäkologie und Geburtshilfe, welches W. Liepmann (12) plant, ist der zweite und dritte Band erschienen: Frankl (6) stellt die pathologische Anatomie und Histologie der weiblichen Genitalien dar. Das einzige Bedenken, das Referent gegen das Lehrbuch anführen kann, ist der Titel „kurzgefasst". Darum handelt es sich in diesem Lehrbuch tatsächlich nicht, sondern der Wert des Buches liegt hier in einer vortrefflichen, aber ausführlichen Darstellung beider Fächer, welche uns beschäftigen. In Frankls Abschnitt finden wir eine Arbeit, wie wir sie seit dem Werke von Ruge und Gebhardt nicht gehabt haben. Die Organe werden der Reihe nach durchgegangen und auf Grund eigener Arbeit nimmt bei den meisten Gegenständen der Verfasser seinen Standpunkt ein. Das Buch liefert uns eine Grundlage für alle weiteren Arbeiten auf dem Gebiete der Pathologie unsres Faches.

Der erste Abschnitt umfasst den Uterus, der zweite die Plazenta, der dritte die Tube, der vierte das Ovarium, der fünfte das Parovarium, der sechste die Vagina, der siebente die Vulva, der achte das Peritoneum und der neunte das Beckenbindegewebe.

Es kann nicht die Aufgabe dieser kurzen Anzeige sein, eine Kritik des Buches zu geben. Es stellt ein fleissiges Stück Arbeit dar, welches mit zahlreichen, fast will es mir scheinen, allzu zahlreichen und manchmal recht wenig demonstrativen Abbildungen geschmückt ist.

Verfasser bemüht sich, den verschiedenen Auffassungen der neueren Zeit, wie sie in der Literatur niedergelegt sind, unparteiisch gerecht zu werden, indem er sie darstellt und nach der Darstellung meist den Versuch macht, zwischen entgegenstehenden Anschauungen zu vermitteln.

Einzelheiten sollen hier nicht hervorgehoben werden; manches fordert aber die Kritik heraus. Schon bei der pathologischen Anatomie des Uterus und seiner Missbildungen fehlt das solide bikorne Uterusrudiment. Die einzelnen Fälle, die erwähnt werden, geben kein klares Bild von der eigentümlichen mangelhaften Bildung des Uterus, wie wir sie in den übrigen Lehrbüchern unseres Faches finden. Die Schwierigkeit der Vereinigung von Gynäkologie und Geburtshilfe hat es wohl mit sich gebracht, dass unter der Überschrift „Tube" die ganze Extrauterinschwangerschaft, also auch die Eierstockschwangerschaft, mit abgehandelt wird, während sie in dem Kapitel Ovarium fehlt. Doch sind dies nur kleine Ausstellungen, welche natürlich vermehrt werden könnten, welche aber nicht dazu führen sollen, ernste Bedenken zu erheben, sondern welche nur zeigen sollen, mit wie lebhaftem Interesse Referent das Buch studiert hat.

Frankls Abschnitt stellt den zweiten Band des Handbuches dar, für das sechs Bände in Aussicht genommen sind. Der dritte Band umfasst die „normale und pathologische Sexualphysiologie des Weibes" von L. Fränkel (5) und die „Physiologie und Pathologie der Geburt" von Jaschke. Da hier nur die gynäkologischen Kapitel besprochen werden sollen, so kann von diesem Werke verhältnismässig nur wenig erörtert werden. Von Interesse ist schon vielleicht die Überschrift der gynäkologischen Kapitel. Sie umfasst die Bildung und Reifung der Gonade und Gamete, äussere Sekretion des Eierstocks. Dann folgt ein sehr interessantes und modern geschriebenes Kapitel: Bildung und Reifung der Glandula, Endocrina, Epithelialis und Interstitialis. Dann folgt der Geschlechtstrieb und Geschlechtsbefriedigung, Spermaeinwanderung und Konzeption, weiter

die Lehre von der Menstruation, der Pubertät und abermals die Betrachtung der Funktionen der Sexualorgane im Verhältnis zur inneren Sekretion der übrigen Drüsen. Kapitel über die Arbeitsteilung des Eierstocks und die Gesamtleistung, sowie die Physiologie des Genitalschlauches an sich und in den Beziehungen zu den anderen Organen schliessen den interessanten Band.

Es handelt sich hier um ein Werk, welches den Versuch macht, neue Gesichtspunkte in der Darstellung der Pathologie und Physiologie zu geben. Auch in diesem Bande sind natürlich Einzelheiten der Kritik sehr zugänglich. Das ganze Werk aber zeugt von einer ehrlichen Absicht, unser Fach zu fördern und der Praxis, wie dem Unterricht und der Wissenschaft zu dienen.

Wie schwierig es ist, Wiederholungen zu vermeiden, geht daraus hervor, dass auch in diesem dritten Bande die Anatomie der Extrauterinschwangerschaft an den verschiedenen Stellen abermals besprochen wird und leicht würde es sein, gewisse Unstimmigkeiten mit dem ersten Teil zu finden.

Wir sind auf die weitere Fortsetzung des Handbuches begierig und hoffen, dass die übrigen Abschnitte in gleicher Weise originell und geistreich geschrieben sind.

Findleys (4) Lehrbuch wendet sich an Studierende und Ärzte und gibt eine gute Darstellung der Auffassungen der englischen Ärzte über die Gynäkologie, ohne übrigens viel Neues zu bringen und ohne in dem Charakter von früheren Auflagen des Werkes sich zu unterscheiden, welche in diesem Jahresbericht besprochen sind.

Labadie-Lagrave (11) besprechen in der III. Auflage ihres Buches die gynäkologische Therapie. Die allgemeinen Gesichtspunkte, Diagnostik und Anästhesie, sowie die Massage und die Elektrotherapie sind ausführlich behandelt. Die Darstellung ist modern. Die Verfasser haben auch an verschiedenen Stellen gezeigt, dass sie selbständig zu untersuchen vermögen und nicht nur eine Zusammenfassung der Lehren geben wollen, wie sie von anderer Seite begründet wurden. Sie bemühen sich, in eigener Kritik das Erreichte zu prüfen.

In dem kurzen Lehrbuch der Diagnostik und Propädeutik von Polano (14) wird die Einführung in die Klinik in glücklicher Weise behandelt. Besonders wertvoll erscheint es, dass der Verfasser eine kurze Übersicht über die Anatomie und Entwicklungsgeschichte vorausschickt, sowie über die allgemeine Lehre der Pathologie, soweit nötig, den jungen Mediziner aufklärt. Die Diagnostik und Methodik der Untersuchung ist klar dargestellt.

Auch in dem Buch von Baisch (1), das nun schon in II. Auflage vorliegt, wird der gleiche Zweck in glücklicher Weise erreicht. Auch hier theoretische Grundlage und gynäkologische Diagnostik, übrigens auch die geburtshilfliche Methodik dargestellt. Die beiden letztgenannten Bücher sind dem Unterricht der studierenden Jugend gewidmet.

Eine andere Aufgabe erfüllen die Vorträge, welche Witzel, Pankow und Janssen (17) herausgegeben haben. Die allgemeinen Grundsätze der Bauchchirurgie werden nach den neuesten Methoden zusammengestellt. Auch wird die Strahlentherapie ausführlich behandelt. Es wendet sich dieses Werk wesentlich an die Ärzte, welche weiter fortgebildet zu sein wünschen.

Jankaus (9) Buch ist eine kurze Zusammenstellung der Geburtshilfe und Gynäkologie für den Praktiker in Form eines Kalenders.

II.

Elektrizität, Röntgentherapie, Lichttherapie, Hydrotherapie, Massage, Gymnastik, Heissluftbehandlung, Bäderbehandlung.

Referent: Prof. Dr. H. W. Freund.

1. Auerbach, Sigm., Über instrumentelle Bauchmassage. Therap. Monatsh. März. (Kugelmassage.)
2. Bickel, Moderne Radium- und Mesothoriumtherapie. Berlin, Hirschwald.
3. Braude, Zur Technik der Mesothorium-Therapie. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 2. (Löhleinsches Hartgummi-Scheidenpessar mit eingepassten Metallschälchen, von einem Kondom oder Okklusivpessar überzogen, schützt die Vagina und sichert die Lagerung des Mesothoriumröhrchens.)
4. Brill, C., Über Heilwirkungen von Licht- und Wärmestrahlen. Deutsche med. Wochenschrift Nr. 8. (Hohlapparat mit elektrischer Lichtquelle zur aktiven Hyperämie.)
5. Bromberg, R., Thermotherapie bei Gonorrhoe. Ebendas. Nr. 4.
6. Bucky, Röntgenverbrennung nach gynäkologischer Tiefenbestrahlung. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 48. S. 2330.
7. Bumm, E., Demonstration zur Röntgenbehandlung und des Röntgenzimmers. Zeitschr. f. Gyn. Bd. 76. Heft 2. p. 618.
8. Buzzoni, L'idrotherapia vaginale. L'arte obstet. Nr. 12.
9. Cary, Will., Feststellung der Durchgängigkeit der Tuben durch Kollargol und Röntgenstrahlen. Amer. Journ. of Obst. March. (Langsames intrauterines Einspritzen von 20 ccm Kollargol. Die normale Tube bildet einen langen, am Ende gezackten Schatten, die undurchgängige gar keinen oder einen sehr kurzen. — Die Untersuchungen bedürfen der Nachprüfung. Ref.)
10. Davidsohn, Felix, Zur Technik der Tiefenbestrahlung. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 7.
11. Delassus, Gynäkologische Massage. Journ. de Scienc. Lille. 2 Mai.
12. Dessauer, F., Radium, Mesothorium und harte X-Strahlen und die Grundlagen ihrer medizinischen Anwendung. Leipzig.
13. — Lässt sich die γ-Strahlung des Radium künstlich in Röntgenröhren herstellen? Münchn. med. Wochenschr. Nr. 18 u. 33.
14. Dominici, Radiumthérapie des cancers. Presse méd. Nr. 41.
15. Dubois, Ch., Histoire d'une radiodermite chronique. Rev. méd. Suisse romande. XXXIV. Nr. 1.
16. Eckstein, Über unbekannte Wirkungen der Röntgenstrahlen und ihre therapeutische Verwendung. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 28. p. 1590. (Angeblich schmerzstillend bei Neuralgien, Rheumatismus etc.)
17. Edelberg, Ein Ovarialbefund nach Röntgenbehandlung. Gyn. Rundschau. Heft 4. (Ein Ovar völlig, das andere nur teilweise atrophiert.)
18. Eden, Neuere Versuche zur biologischen Wirkung der Röntgenstrahlen. Berl. klin. Wochenschr. p. 1752. (Einfluss auf Erythrozyten.)
19. Eder, Zur Kenntnis der Eigenschaften der radioaktiven Substanzen und ihrer Anwendungen. Monatsschr. f. Geb. 40. Heft 2.

19a. Fabius, Röntgenbehandlung in der Gynäkologie. Ned. Gyn. Ver. 5. April. Ned. Tijdschr. v. Verl. en Gyn. 24. Jaarg. (Bestrahlt wurden Frauen mit klimakterischen Blutungen, Myomen, malignen Tumoren des Uterus und mit Pruritus vulvae. Bei klimakterischen Blutungen immer erst eine Probeauskratzung. Sechs Fälle, von welchen drei amenorrhoisch wurden und drei erheblich gebessert. 10 Myome mit gutem Erfolg bestrahlt. Sämtliche Patienten wurden nach der Methode Kirchstein be

strahlt, mit harten Röhren und Focus. Hautentfernung 30 cm, Aluminiumfilter 3 mm, 15—20 X per Oberfläche. Bestrahlung jede zwei oder drei Wochen. Keine Nachteile. Bei malignen Tumoren und Uteruskarzinom noch zu wenig Erfahrung. Driessen meint, dass die Wirkung der Strahlen nicht nur die Eizelle trifft, sondern auch das Myom und die Mucosa uteri selbst.) (Mendes de Leon.)

20. Fehling, Operative und Strahlenbehandlung bei gutartigen und bösartigen Geschwülsten der Gebärmutter. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 49.
21. Finzi, Neuere Arbeiten auf dem Gebiete der Radio- und Elektrotherapie. Practit. Febr.
22. Fränkel, Manfr., Die Fehlerquellen der heutigen Röntgendosierung. Zeitschr. f. Gyn. Bd. 76. Heft 1. p. 288.
23. — Die Reizwirkungen der Röntgenstrahlen und ihre therapeutische Verwendung bei Chlorose. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 26.
24. Freund, H. W., Intraperitoneale Verwendung von Radium. Deutsche med. Wochenschrift Nr. 25. (55jährige Patientin. Sieben Jahre nach abdominaler Totalexstirpation wegen Cervixkrebs Rezidiv im paraproktitischen Bindegewebe. Heilung mit Mesothorium. Ein halbes Jahr später Metastasen längs der Wirbelsäule hinter dem Magen. Laparotomie. Eröffnung der Bursa omentalis. Dreimal 24 Stunden Einlegen von 80 mg Radium in Messingröhrchen, die mit Gaze umwickelt sind. Anfangs heftiges Erbrechen, keine Temperaturerhöhung. Patientin nach neun Monaten beschwerdenfrei.)
25. — Die therapeutische Verwendung von Radium und Mesothorium. Strassb. med. Zeitg. Heft 1.
26. Fürstenau, Immelmann und Schulze, Leitfaden des Radiumverfahrens für das röntgenologische Hilfspersonal. Stuttgart.
27. Gauss, Über die Prinzipien der Strahlenbehandlung der Tumoren. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 37.
28. Geigel, Ein kleiner Vorteil beim Durchleuchten mit Röntgenstrahlen. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 32.
29. Gerlach, Walt., Die vergleichende Messung der Wirkung von Röntgenstrahlen und γ-Strahlen. Ebendas. Nr. 44.
30. Gocht, H., Die Röntgenliteratur. III. Teil. 1912/13. Stuttgart, Enke.
31. Gould, Radium and Cancer. Brit. med. Journ. Jan. 3.
32. Grässner, Der röntgenologische Nachweis der Spina bifida occulta. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 18. p. 1018.
33. v. Graff, Die Basedowsche Krankheit als Kontraindikation gegen gynäkologische Röntgentherapie. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 5.
34. Grashey, Röntgenologische Fehldiagnosen. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 18.
35. Greinacher, Das Ionometer und seine Verwendung in der Röntgendosimetrie. Ebendas. Nr. 32.
36. Gunsett, Zur Dosierung der Röntgenstrahlen. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 6.
37. Habs, Probleme der Therapie mit radioaktiven Substanzen. 43. Chirurgen-Kongress.
38. Haecker, V., und Lebedinsky, Über kombinierte Äther- und Radiumwirkung auf Embryonalzellen. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 1. (Bei Tiereiern, die in Ätherlösung gebracht waren, zeigte sich die entwicklungshemmende Wirkung der Radiumstrahlen stärker als bei Wassereiern, auf Ento-Mesoderm-Urzellen stärker als auf Ektodermzellen.)
39. Halban, Protektive Wirkung der Radium-Emanation auf die sekundären Sexualcharaktere der Tritonen. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 13.
40. v. Hansemann, Über Veränderungen der Gewebe und Geschwülste nach Strahlenbehandlung. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 23. (Ältere Geschwulstzellen gehen leichter zugrunde als junge, weshalb man letztere alt werden lassen soll, um sie zu zerstören, am besten mit kleineren fraktionierten Dosen. Zu grosse Dosen veranlassen Schwielen, die aber doch noch Krebsgewebe enthalten. Fernwirkung auf Metastasen findet sicher nicht statt. Die Gewebssklerose beruht zunächst auf echter fibrinöser Entartung, der dann Bindegewebsbildung folgt. Krebszellen mit alterierten Kernen können sich wieder erholen.)
41. Heidenhain, Operation oder Bestrahlung? Münchn. med. Wochenschr. p. 1781. (Polemik mit Ch. Müller.)
42. Heimann, Der Einfluss der verschiedenen Filterung bei der Mesothoriumbestrahlung auf das Kaninchenovarium. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 20.

43. Heimann, Fritz, Radiumstrahlen und Mesothorium in der Gynäkologie. Gyn. Rundschau. Heft 13.
44. Heineke, H., Zur Theorie der Strahlenwirkung insbesondere über die Latenzzeit. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 15.
45. Henkel, M., Zur Strahlentherapie in der Gynäkologie. Ebendas. Nr. 3.
46. Heuszelmann, Eine einfache Aufnahmetechnik zur Röntgenuntersuchung der Baucheingeweide. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 44.
47. Heynemann, Über die Verwendung der ultravioletten Strahlen (künstliche Höhensonne) in der Gynäkologie und den Einfluss dieser und anderer Strahlen auf Bakterien. Prakt. Ergebn. VI. 2. p. 352.
48. Hirsch, M., Röntgenstrahlen und Eugenetik. Zentralbl. f. Gyn. p. 1132. (Protest gegen „eugenetische Experimente“ mit X-Strahlen an Menschen.)
49. Hölder, Über Strahlenbehandlung in der Gynäkologie. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 8.
50. — Zur Verwendung von kolloidalem Selen bei der Behandlung maligner Tumoren. Strahlentherap. V. Heft 1.
50a. V. d. Hoeven, Röntgentherapie. Ned. gyn. Ver. 1. März. Ned. Tijdschr. v. Verl. en Gyn. 24. Jaarg. (Verf. teilt die Fälle mit, bei denen in der Leidenschen Klinik die Röntgentherapie bei gynäkologischen Erkrankungen angewendet worden ist. Zwei Fälle von Pruritus wurden geheilt; bei einem Falle Rezidiv nach vier Jahren. Bei Karzinomen wenig Erfolg. Bei acht Myomen gutes Resultat, auch bei klimakterischen Blutungen.) (Mendes de Leon.)
51. Holding, Technik der Radiotherapie mit besonderer Berücksichtigung der Tiefentherapie nach Krönig und Gauss. Med. Record. Nr. 8.
52. Hueter, Präparate von Röntgenhaut und Röntgenkarzinom. Münchn. med. Wochenschrift Nr. 10. p. 560.
53. Keetmann, Die Absorption der β-, γ- und Röntgenstrahlen im Gewebe. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 16.
54. Keitler und Lindner, Über den Einfluss der Strahlenbehandlung auf die sog. Abderhalden-Abwehrfermente. Wiener klin. Wochenschr. p. 1243. (Nach diesen Experimenten wird die Bildung der Abwehrfermente durch Bestrahlung zum mindesten verzögert.)
55. Kempf und Pagenstecher, Ein Fall von Radiumverbrennung nach diagnostischer Durchleuchtung und dessen chirurgische Behandlung. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 6.
56. Kienböck, Zur Dosierung der Röntgenstrahlen. Ebendas. Nr. 2.
57. Klein, Gust., Zur Massbezeichnung der Strahlendosis bei der Radium- und Mesothoriumbehandlung. Ebendas. Nr. 12. p. 661.
58. Kolde und Martens, Verhalten des Blutes nach Mesothoriumbestrahlung. Strahlentherap. V. Heft 1.
59. Kowarschik, J., Die Diathermie. 2. Aufl. Berlin. (Lehrbuch.)
60. — und Keitler, Die Diathermie bei gynäkologischen Erkrankungen. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 41. p. 1343. (Wirkung resorptionsbefördernd und schmerzstillend. Kontraindikation sind Eiterungen und Blutungen.)
61. Krause, Paul, Biologische Wirkungen der Röntgenstrahlen auf normales tierisches und menschliches Gewebe. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 17. p. 955.
62. Krönig, Über die biologische Reichweite der Radium-, Mesothorium- und Röntgenstrahlen. Ebendas. Nr. 31.
63. — Der Unterschied zwischen der älteren und neueren Behandlungsart mit X-Strahlen und Radium bei gynäkologischen Erkrankungen. Surg., Gyn. and Obst. XVIII. Nr. 5.
64. Kucera, Über die Wirkung warmer Bäder auf die Körpertemperatur und den Blutdruck. Zeitschr. f. phys. u. diät. Therap. Heft 3.
65. Labé, Die Behandlung der Fettleibigkeit mittelst elektrischer Gymnastik. Zeitschr. f. orthop. Chir. XXXIII.
66. Landeker, Fortschritte und Erfolge der manuellen gynäkologischen Massage nach Thure-Brand-Ziegenspeck. Zeitschr. f. phys. u. diät. Therap. Heft 2.
67. Lazarus, P., Stand und neue Ziele der Radium-Mesothoriumtherapie. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 5/6.
68. Lewis, Stuart, Stärkung des Abdomens. New York med. Journ. Nr. 4. (Aktive und passive Gymnastik, Belastung mit Hafersäcken.)

69. Lochmann, Die Einwirkung der in den Landecker Quellen enthaltenen Radiumemanation auf entzündliche Krankheiten der weiblichen Sexualorgane. Zeitschr. f. Baln. III.
70. Löwenthal, Zur Schwerfiltertherapie. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 20. p. 719. (Schwermetallfilter — 1 mm Zink und Kupfer — machen Röntgenstrahlen den γ-Strahlen ähnlich und wirken durch Sekundärstrahlungen, die in der Zelle entstehen.)
71. Löwenthal, S., und Pagenstecher, Intensiv- oder Dauerbestrahlung? Münchn. med. Wochenschr. Nr. 4.
72. Mann, L., Über Diathermie. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 17.
73. Meidner, Über moderne Röntgentherapie der Geschwülste. Therap. d. Gegenw. Jan.
74. Müller, Jos., Die kontinuierliche Röntgenisation, eine neue Methode der Tiefenbestrahlung. Monatsschr. f. Geb. 39. p. 637.
75. Müller, Christoph, Physikalische und biologische Grundlagen der Strahlenwirkung radioaktiver Substanzen, besonders des Mesothoriums und der Ersatz derselben durch Röntgenstrahlen. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 3.
75a. Nordentoft, S., Nogle Resultater af Röntgenbehandling. (Einige Resultate von Röntgenbehandlung.) Ugeskr. f. Laeger p. 1556—1561. (Besonders ein Fall von Carcinoma ovarii mit Rezidiv und multiplen Metastasen wurden auffallend stark beeinflusst.) (Horn.)
76. Partos, Beiträge zur gynäkologischen Röntgenbehandlung. Korrespondenzbl. f. Schweiz. Ärzte. Nr. 8 und Gyn. Helvet.
77. Peham, Röntgen- und Radiumbehandlung in der Gynäkologie. Med. Klin. Nr. 12.
78. Pierra, Une enquête allemande sur la radiothérapie et la radiumthérapie en gynécologie. Rev. mens. de Gyn. Avril. (Tendentiöse Entstellung einer Übersicht in der „Medizin. Klinik".)
79. Plesch, Über die Verteilung und Ausscheidung radioaktiver Substanzen. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 34.
80. Propping, Röntgenographie des uropoetischen Systems. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 16. p. 900. (Nierentuberkulose, Hydronephrose, Nieren- und Blasensteine.)
81. Puppel, Die Ergebnisse der gynäkologischen Röntgentherapie. Ebendas. Nr. 10. p. 568.
82. Reifferscheid, Die Einwirkung der Röntgenstrahlen auf tierische und menschliche Eierstöcke. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 20. (Schrumpfung der Primordialfollikel; das interstitielle Gewebe wird nicht beeinflusst. Die Corp. lutea sind sehr widerstandsfähig und werden erst nach grossen Dosen geschädigt. Daraus soll es sich erklären, dass die innere Sekretion ungestört bleibt.)
83. Richter, Zur Hydrotherapie in der Gynäkologie. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 9.
84. Rosenow, Demonstration zur Thorium-X-Wirkung. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 12. p. 680.
85. Rosenthal, Jos., Einiges zur Frage der Strahlentiefentherapie. Ebendas. Nr. 19.
86. Rubin, J., Röntgendiagnostik der Uterustumoren mit Hilfe von intrauterinen Kollargolinjektionen. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 18.
87. Schiffmann, Jos., Über Ovarialveränderungen nach Radium- und Mesothoriumbestrahlung. Ebendas. Nr. 21. (Follikelschädigung ist am konstantesten.)
88. Schnée, Über therapeutische Erfolge mit dem Degrassator nach Dr. Schnée. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 35.
89. Schmidt, Hugo, Über Heilung entzündlicher Beckentumoren mittels galvanischer Schwachströme. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 23.
90. Schmitz, Heinr., Die Röntgentherapie in der Gynäkologie. Münchn. med. Wochenschrift Nr. 36 und Surg., Gyn. and Obst. Nr. 4.
91. Schramek, Über medikamentös kombinierte Röntgentherapie. Ebendas. Nr. 9. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 4. (Jodkali innerlich.)
92. Sellheim, Strahlenbehandlung von Geschwülsten. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 1/2.
93. Strassmann, P., Bestrahltes Myom mit Parovarialzyste und doppeltem Ovarialpapillom. Zeitschr. f. Gyn. 76. Heft 2. p. 541.
94. Strebel, Äussere Kathodenstrahlen als Ersatz für Radium und Mesothorium. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 3.
95. Thedering, Zur Methodik der Röntgenhärtebestimmung. Zeitschr. f. phys. u. diät. Therap. Heft 3.
96. Veith, A., Über eine neue Methode der Galvanisation grösserer Körperpartien. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 9.

96a. Van de Velde, Th. H., Strahlenbehandlung in der Gynäkologie. Ned. Tijdschr. v. Geneesk. 2. Hälfte. Nr. 23. (Verf. gibt in einem kurzen Überblick seine Erfahrungen mit der Strahlenbehandlung in der Gynäkologie.) (Mendes de Leon.)
97. Voit, W., Über Entfettung mittelst elektrischer Ströme. (Bergoniéapparat.) Ebendas. Nr. 29. p. 1652.
98. Wagner, Carl, Bemerkungen zu den Beziehungen der Röntgenbehandlung der Ovarien und des Basedow. Wiener klin. Wochenschr. p. 430.
99. Wagner, G., Schädigungen durch Anwendung grosser Radiummengen. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 8.

III.

Anästhesierungsmethoden, allgemeine und medikamentöse Therapie, Diagnostik, Zusammenhang mit der übrigen Pathologie, Allgemeines über Laparotomie und sonstiges Allgemeines.

Referent: Prof. Dr. H. W. Freund.

A. Anästhesierungsmethoden. Allgemeine und medikamentöse Therapie.

1. Acebo. Santyl. Espan. Med. Nr. 107. (Bei Blennorrhoe und Cystitis.)
2. Albrecht, Hans, Die Anwendung des Koagulens Kocher-Fonio in der Gynäkologie. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 34. (10%ige Lösung bei parenchymatösen Blutungen.)
3. Allen, Die Vakzinetherapie, ihre Theorie und praktische Anwendung. Deutsch von Krohn. Dresden, Steinkopf.
4. Almkvist, Behandlungstechnik der Gonorrhoe des Weibes. Dermat. Wochenschr. Nr. 17. (1% Albargan, Aq. 100, Tragac. 3,0, Spirit. concent. 2,5. Davon 3 ccm in die Urethra und den Uterus injiziert, macht aber Reizung in den Adnexen! Ins Rektum 20 ccm.)
5. Alterthum, E., Zur Behandlung gynäkologischer Erkrankungen mit Yatren (Tryem). Therap. d. Gegenw. März. (10% Gaze, desodorierend, bei Fluor, Erosionen, Gonorrhoe.)
6. Anspach, Experiences with Spinal Anaesthesia in Pelvic Surgery. Amer. Journ. of Obst. Nr. 5. (Ein Todesfall bei Atemstillstand, vielleicht durch Skopolamin bedingt.)
7. Baltzer, P., Vaginale Operation in parametraner Leitungsanästhesie, insonderheit vaginale Totalexstirpation des Uterus. Diss. Leipzig.
8. Bar und Lequeux, Erste Mitteilungen über die an der Tarnierschen Klinik mit dem ungiftigen Gonokokkenvakzin nach Nicolle und Blaizot erhaltenen Resultate. Bull. de la soc., d'obst. et de gyn. Déc. 1913. p. 765. (Nicolle und Blaizot haben bereits vor sieben Jahren ein Gonokokkenvakzin erprobt, welches sie durch Gonokokkenzüchtung auf einem speziellen Nährboden erhalten haben und welches absolut ungiftig sein soll. Die Verwendung des Vakzins an der Tarnierschen Klinik ergab folgende Resultate: Das Vakzin ist in seiner Anwendung nicht sehr gefahrbringend. Gelegentliche Albuminurie und Temperatursteigerungen sind vorübergehende Erscheinungen. Die Stelle der subkutanen Injektion ist am ersten Tage häufig schmerzhaft, zeigt aber sonst keine lokale Reaktion. Von besonderem kurativen Nutzen scheint das Mittel bei der Ophthalmoblennorrhoe bei Neugeborenen zu sein. Bezüglich der

Wirkung auf die gonorrhoische Salpingitis müssen noch weitere Erfahrungen gesammelt werden. Bei gut abgegrenzten chronischen Herden ist ein Erfolg eher zu erwarten als bei akuter und sehr virulenter Infektion.)

9. Bar und Lequeux, Neue Beobachtungen an der Tarnierschen Klinik mit dem Antigonokokkenvakzin nach Nicolle. Bull. de la soc., d'obst. et de gyn. p. 14. (Bericht über gute Erfolge bei zwei weiteren Kranken mit gonorrhoischen Adnexentzündungen, ferner bei Blennorrhoe der Neugeborenen. In der Diskussion sprechen Lepage und Siredey sich mit Vorsicht günstig über das Mittel aus, während Delent einen totalen Misserfolg zu verzeichnen hat.)
10. Barker, Eine einfache Methode, um die Chloroform- und Ätherübelkeit zu vermindern. Brit. med. Journ. Jan. 10. (Kölnisches Wasser aus einer Maske inhalieren.)
11. Bauer, B., Zur konservativen Therapie der Adnexerkrankungen. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 50. (Empfiehlt Thigenol.)
12. Bauereisen, Die Anwendung der Lokalanästhesie in der Gynäkologie. Monatsschr. f. Geb. Bd. 39. März. p. 362.
13. Bechold, Halbspezifische Desinfektion. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 37. (Providoform, ein Tribromnaphthol.)
14. Bernecker, Über eine neue Vorrichtung zur Vereisung kleiner zirkumskripter Hautbezirke mit Äthylchlorid. Ebendas. Nr. 29.
15. Betke, R., Erfahrungen über die Anregung der Peristaltik nach Laparotomien durch das neue subkutane und intramuskuläre Abführmittel Sennatin. Therap. Monatsh. Nov. (Extrakt der wirksamen Bestandteile aus Sennablättern, 2 ccm intramuskulär schon sechs Stunden post operat.)
16. Birnbaum, R., Zur Therapie akuter und chronischer Entzündungen im Bereich der Genitalorgane. Gyn. Rundschau. Heft 14. (En-Semori und Styli Speeman ersetzen Scheidenspülungen und Tamponbehandlung.)
17. — Vallamin in der gynäkologischen Praxis. Berl. klin. Wochenschr. p. 978. (Schlafmittel und Sedativum, auch bei Dysmenorrhoe und Hyperemesis.)
17a. — Inhibin, ein pharmakotechnisches neues lokales Hämostatikum bei genitalen Blutungen. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 15.
18. Boeters, Die Vakzinebehandlung der Gonorrhoe und gonorrhoischen Komplikationen. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 39. p. 1782. (Auch bei Metastasen gute Erfolge.)
19. Broughton-Alcock, Behandlung eines Uterusabszesses mit sensibilisierter Bacillus Proteus-Vakzine. Brit. med. Journ. June 6.
20. Bürgi, E., Die Pantopon-Skopolaminnarkose. Deutsche Zeitschr. f. Chir. CXXV. Heft 3/4. (Sammelforschung. 19 Todesfälle.)
21. Burkhardt, Über intravenöse Dauerinfusion. Beitr. z. klin. Chir. 88. Heft 3. (50 bis 60 Tropfen in der Minute mittelst des Holzbachschen Apparates, Kochsalz oder Herzmittel; besonders wirksam bei diffusen septischen Peritonitiden.)
22. Butler und Sheaf, Anoci-Association zur Verhütung von Schock und postoperativen Störungen. Brit. med. Journ. July 18. (Criles Vorschriften — s. Nr. 29 — verminderten die Mortalität von 40 (!) auf 8‰.)
23. Buxton, D., Anesthetics, their use and administration. 5. Aufl. Philadelphia.
24. Calman, Zur Anwendung und Erleichterung der Laminariadilatation des Uterus. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 41. p. 1305.
25. Chlumsky, Über die Ursachen des Schmerzes nach Lokalanästhesie mit Kokainpräparaten. Ebendas. Nr. 49. p. 1479. (Aq. destill. soll die Ursache sein; 0,9 NaCl-Zusatz zur Schleichlösung II lässt Nachschmerzen nicht aufkommen.)
26. Coburn, R., Erhöhung der toxischen Ätherdosis bei den neueren Anästhesierungsverfahren. Journ. Amer. med. Assoc. Nr. 5. (Bei intravenöser und rektaler Anwendung benötigt man zu grosse Dosen.)
27. Corbus, Die Behandlung der Gonorrhoe und ihrer Komplikationen mit Antigonokokkenserum. Ebendas. p. 1462. (Täglich 12—15 ccm an drei Tagen hintereinander von einem aus lebenden und abgetöteten Gonokokken hergestellten Serum.)
28. Cramer, H., Das Terpentinöl in der Prophylaxe und Behandlung puerperaler und gynäkologischer Infektionen. Monatsschr. f. Geb. 39. p. 789. (Auswischen des Uterus.)
29. Crile, G., Anoci-Association. New York. med. Journ. XCIX. Nr. 2. (Anästhesie, die alles Schädigende vom Gehirn fernhält. Morphium-Skopolamin, dann Lokalanästhesie oder Inhalation mit Stickoxydul, später eventuell Äther. Peritoneum und

Muskeln erschlaffen durch Einmassieren von ½%iger Lösung von Chinin und Harnstofflösung.)
30. Cuny, J., 500 Fälle von Lumbalanästhesie an der Würzburger Frauenklinik. Diss. Würzburg.
31. Dalché, P., Opothérapie. Puberté. Glandes endocrines. La Gyn. Vol. 18. p. 321.
32. Democh-Maurmeier, Hauskuren mit Krankenheiler Lauge. Münchn. med. Wochenschrift Nr. 50.
33. Denis, M., Die Vakzinetherapie der Gonorrhoe. Med. Belge. p. 50.
34. Deutsch, Alf., Die Behandlung der Adoleszentenblutungen mit Pituglandol. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 15.
35. Drews, Sennatin, ein neues subkutanes und intramuskuläres Abführmittel. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 10.
36. Dupont, M., Das warme, das heisse Wasser und der Dampf in der Gynäkologie. Arch. mens. d'obst. 1913. p. 183. (Gute Wirkung bei chronischen Prozessen und Karzinom.)
37. Eckel, A., Kritische Beiträge zur Lokalanästhesie der Bauchhöhle. Wiener klin. Rundschau. Nr. 30. Diss. Heidelberg. (Grosse Mengen Novokain nötig.)
38. Eckstein, E., Über medikamentöse Uterustonisierung. Gyn. Rundschau. Nr. 5. (Empfehlung von Styptase.)
39. Falk, E., Phenoval bei gynäkologischen Erkrankungen. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 20. (Dysmenorrhoikum.)
40. Fetzer, Über Vakzinebehandlung. Monatsschr. f. Geb. 40. p. 313. (Bei Gonorrhoe wurde Reitersche Vakzine, bei anderen Infektionen Eigenvakzine aus den isolierten Keimen verwendet. Grosse Vorsicht ist besonders bei frischen Fällen geboten.)
41. Finger, E., Zur Vakzinationstherapie des gonorrhoischen Prozesses. Wiener med. Wochenschr. p. 861. (Klinischer Vortrag.) (Erörterung des Begriffes der Serotherapie und der Vakzinationstherapie. Nachweis toxischer Substanzen in den Gonokokken. Artfremdes Antigonokokkenserum, Gonokokkenvakzine mit abgetöteten Keimen, Autovakzin und Stammvakzin. Applikationsweise allgemeine und lokale Reaktionen. Am Orte der Applikation und am spezifischen Krankheitsherd. Ein therapeutischer Effekt ist bei den gonorrhoischen flächenhaften Erkrankungen nicht zu erwarten, dagegen bedeutet die Vakzinationstherapie einen Fortschtrit in der Behandlung der Arthritis und der Adnexerkrankungen.
42. Fischer-St. Gallen, Über Istizin, ein neues Abführmittel. Korrespondenzbl. f. Schweiz. Ärzte. Nr. 4/5.
43. Focke, Digitalis bei Uterusblutungen. Therap. d. Gegenw. Febr.
44. Fonio, Über die Wirkung der intravenösen und subkutanen Injektion von Koagulen Kocher-Fonio am Tierversuch nebst einigen therapeutischen Erfahrungen. Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. Bd. 27. Heft 4.
45. Frank, Moischa, Ein Beitrag zur Leitungsanästhesie mit besonderer Berücksichtigung der Oberstschen Anästhesie. Diss. Berlin.
46. Frankenstein, K., Subkutane Applikation von peristaltikbefördernden Mitteln in der Nachbehandlung nach gynäkologischen Laparotomien. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 51. (Peristaltin, jedesmal unmittelbar nach der Operation gegeben, verhindert Darmparese.)
47. Franz, V., Über intravenöse Sublimatinjektionen bei septischen Erkrankungen. Beitr. z. klin. Chir. 88. Heft 3. (10—20 ccm einer 1‰igen Sublimatlösung. Guter Erfolg gerade bei Fällen mit Streptokokken im Blut.)
48. Freeman, W., Epidurale Injektionen. Brit. med. Journ. June 6. (3—4 Injektionen von 5 ccm NaCl wirksam bei Enuresis.)
49. Fromme, E., Die Gonorrhoe des Weibes. Berlin, S. Karger. 56 S. (Das Buch ist für den Gebrauch des praktischen Arztes bestimmt und bringt im wesentlichen das, was Fromme in seinen Monats- und Ferienkursen für praktische Ärzte über die gonorrhoische Infektion der Frau vorzutragen pflegt. Häufigkeit und Ätiologie, Infektionsmodus, Inkubationsdauer, pathologische Anatomie und Histologie, Symptome, Verlauf, Diagnose und Therapie mit Einschluss der Prophylaxe. Dem vorwiegend praktischen Zwecke entsprechend wird auf die umfangreiche Literatur nicht näher eingegangen.)
50. Gaujouk et Suquet, Erfolge des Antigonokokkenvakzins von Nicolle und Blaezot in der Gynäkologie. Presse méd. p. 328. (Guter Erfolg bei einem perimetritischen Exsudat und einer Salpingo-Oophoritis.) S. auch Bull. Soc. d'obst. p. 332.

51. Geiger, Die Phenol-Serumbehandlung pyogener Prozesse in der Gynäkologie. Beitr. z. Klin. d. Infektionskrankh. III. Heft 1/2. (Eingiessen in eiternde Wunden und Tamponieren mit Jodoformgaze.)
52. Gellhorn, Über Azetonurie im Gefolge der Spinalanästhesie. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 35. (Unter 35 Fällen 33mal; klinisch ohne Bedeutung.)
53. — Spinalanesthesia in gynecology. Amer. Journ. of Obst. Aug. (Bei 127 abdominalen und 47 vaginalen Operationen ohne Schaden angewendet.)
54. Gerstenberg, Konzentriertes Formalin, das am schnellsten und sichersten wirkende chemische Mittel zur Behandlung klimakterischer Blutungen. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 35.
55. Gfroerer, Erfahrungen mit Lumbalanästhesie. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 36. (1223 Fälle.)
56. Gilson-Herman, Anésthésie rachidienne en gynécologie. Journ. Belge de Gyn. Nr. 7. (Geschichtliches und Kasuistik.)
56a. Grekow, Beiträge zur Behandlung der diffusen eitrigen Peritonitis. Beitr. z. klin. Chir. 89. Heft 2/3. (43 gynäkologische Peritonitiden mit 20 Heilungen. Jodipin wirkt gut.)
57. Groák, Über Noviform. Gyn. Rundschau. Nr. 5. (Als Pulver, Stäbchen und Gaze bei Entzündungen. Keine Nebenwirkungen.)
58. Guggenheim, M., Wirkung des Beta-Imidazolyläthylamins (Imido Roche) am menschlichen Uterus. Therap. Monatsh. März. (Tonussteigernde Wirkung.)
59. Gunzburg, Die physiologische Behandlung der Ischias. Arch. f. Orthop. Heft 1.
60. Gwathmey, J., Die Technik der rektalen Öl-Ätheranästhesie. New York. med. Journ. XCIX. Nr. 13. (Nach Abführen bekommt Patientin 2—4 Drachmen Öl-Äther *aa*, 5—10 Grains Chloreton per rectum und eine halbe Stunde später $^1/_8$—$^1/_4$ Grain Morphium und $^1/_{100}$ Grain Atropin. sulf. Dann $^1/_4$ Stunde vor der Operation 75 Teile Äther auf 25 Teile Öl. Nach Beendigung der Operation wird das Öl ausgehebert und der Darm mit kaltem Wasser ausgespült.)
61. Habermann, Die Bedeutung intravenöser Antigoninjektionen für die Diagnostik und Therapie der Gonorrhoe. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 8.
62. Hackenbruch, Örtliche Schmerzverhütung bei Bauchoperationen. Deutsche Zeitschrift f. Chir. CXXIX. (Epiperitoneale, subfasziale und subkutane Einspritzungen von 1%igem Novokain-Adrenalin.)
63. Henderson, Some Experiments defining the dangers of anesthesia. Amer. Journ. of Obst. Vol. 70. p. 59.
64. Hillger, Resultate mit Morphium-Skopolamin, Narkophin-Skopolamin-Dämmerschlaf zur Einleitung von gynäkologischen Operationen. Diss. Freiburg.
65. Hirsch, Zur vaginalen Tanargentan-Bolus-Trockenbehandlung. Frauenarzt. Nr. 8.
66. Hirschel, Georg, Lehrbuch der Lokalanästhesie für Studierende und Ärzte. Wiesbaden, Bergmann. (Zusammenfassende Darstellung mit vortrefflichen Abbildungen.)
67. Hirst, Die Nutzlosigkeit der kombinierten Allgemein- und Lokalanästhesie. Amer. Journ. of Obst. (1000 Fälle.)
68. Hofstätter, Die Anwendung der Hypophysensubstanzen in der inneren Medizin und Gynäkologie. Wiener med. Wochenschr. Nr. 35.
69. — Hypophysenmedikation und Pubertätsblutungen. Ebendas. p. 1937. Gyn. Rundschau. Heft 15. (Von 12 Fällen heilten 9.)
70. Honigmann, Der Nachschmerz nach Lokalanästhesie. Zentralbl. f. Chir. Nr. 6.
71. Hotz, G., Über Daueranästhesie. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 29. (Der postoperative Schmerz wird durch Aufstreuen von Anästhesin in und auf die Wunden vermieden.)
72. — Fermentative Blutstillung durch Koagulen. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 29.
73. Howell, W., Tod infolge Äthernarkose. Status lymphaticus. Journ. Amer. med. Assoc. LXII. Nr. 13. (3½jähriges Mädchen. Tod in der Operation. Autopsie: Grosse Thymus und Bronchialdrüsen, Payersche Plaques und Solitärfollikel, sowie Mesenterialdrüsen.)
74. Hübener, W., Zur Narkose mit dem Lotschapparat. Münchn. med. Wochenschr. p. 1178.
75. Hübner, Caviblen-Uranoblen-Behandlung der Gonorrhoe. Ebendas. Nr. 8. (Hohlstäbchen mit einer Silberverbindung gefüllt.)
76. Hüssy, P., Über die therapeutische Verwendung von Papaverin in der Gynäkologie. Gyn. Rundschau. Heft 9. (Krampfstillendes Mittel bei Dysmenorrhoe, Endometritis,

Mittelschmerz. Hydrastopon, eine Kombination mit Hydrastinin Roche, wirkt ebenso; 1—2 Esslöffel täglich.)

77. Jacobsen, H., Lokale Anästhesie in der Abdominalchirurgie. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 4. p. 179.
78. Janzus, Erfahrungen mit Noviform. Zentralbl. f. Chir. Nr. 4.
79. Jayle, Opothérapie hypophysaire en gynécologie; ses résultats immédiats. Presse méd. 1 Avril. (Subkutane Injektionen haben bei Adnexentzündungen Erfolg hinsichtlich der Blutungen und Schmerzen.)
80. Jeger, E., Eine Modifikation der Meltzer-Auerschen Insufflationsnarkose. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 5. (Überdrucknarkose.)
81. Johannsen, Weitere Erfahrungen mit der Pantopon-Skopolaminnarkose und Pantopon überhaupt. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 20.
82. Juliusburger, E., Koagulen Kocher-Fonio. Deutsche med. Wochenschr. p. 1668. (Empfiehlt intravenöse Anwendung.)
83. Kaldori, Kasuistischer Beitrag zur Anwendung des neuen Sekale-Ersatzpräparates Uteramin-Zyma. Gyn. Rundschau. Heft 4.
84. Katz, G., Hexal in der Frauenpraxis. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 32.
85. — Der Ausfluss der Frau und seine Behandlung mit Yatrengaze. Med. Klin. Nr. 43.
86. Kausch, Über Koagulen. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 15. (Gute Erfolge bei blutreichen Operationen und Nachblutungen.)
87. Keil, G., Über den sekundären Narkosetod. Erfahrungen bei 4000 Narkosen. Ebendas. Nr. 20. (Roth-Drägerapparat empfehlenswert.)
88. Keim, K., Die Skopolamin-Morphium- und die Skopolamin-Pantoponnarkose in Verbindung mit Inhalationsanästhetizis. Wiener klin. Rundschau. Nr. 32.
89. Keppler und Breslauer, Zur Frage der intravenösen Narkose. Deutsche Zeitschr. f. Chir. CXX. Heft 3 u. 4.
90. Keudirdjy, Technik der Lokalanästhesie bei der Kolpoperineorrhaphie. Presse méd.
91. Kirstein, F., Narkosenasphyxie post laparotomiam. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 52.
92. Klauber, Der Nachschmerz nach Lokalanästhesie und seine Verhütung. Zentralbl. f. Chir. Nr. 10. (Hämatome soll man vermeiden und Zykloform nachträglich aufstreuen.)
93. Kleinschmidt, Klinische Erfahrungen mit der rektalen Isopralnarkose. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 5. (Gute, aber nicht immer gleichmässige Resultate, oft postnarkotische Erregungen; grössere Dosen sind gefährlich.)
94. Kochmann, Über die Wirkung von Arzneigemischen unter besonderer Berücksichtigung der Lokalanästhesie. Münchn. med. Wochenschr. p. 1946.
95. v. Konrád, Über die Anwendung der Hypophysenextrakte in der Nachbehandlung von operativen Fällen. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 19. (Zur Anregung der Darmperistaltik nötig.)
96. Kraus, Emil, Zur Anästhesierung des Uterus. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 27. (Eintauchen der Dilatatoren in eine heisse sterile Lösung von 100 g Syrop., 5,0 Novokain und 0,15 Suprarenin.)
97. Kroh, Beitrag zur Behandlung peritonealer Adhäsionen. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 7. (Saugmassage mittelst grosser auf dem Bauch verschobener Saugglocken.)
98. Kümmell, H., Die intravenöse Ätheranästhesie. Surg., Gyn. and Obst. XIX. Nr. 3. (250 Operationen, vornehmlich an Anämischen und Kachektischen. In 140 Minuten maximal 1700 ccm Ätherlösung = 85 g Äther.)
99. — Weitere Erfahrungen über intravenöse Äthernarkose. Beitr. z. klin. Chir. 92. Heft 4.
100. Kuhn, Pneumatische Lokalanästhesie. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 45.
101. Landsberg, E., Zwei therapeutische Vorschläge für die gynäkologische Praxis. Kalzium gegen entzündliche Prozesse. Extrakt aus Corpora lutea vera gegen Blutungen. Therap. Monatsh. p. 345. (Landsberg hat eine 1%ige Lösung von Calcium lacticum subkutan mit Erfolg bei entzündlichen Prozessen der weiblichen Genitalien verwendet. Es wurden 10 ccm jeden 2. und 3. Tag mehrere Wochen lang injiziert. Am besten reagierten entzündliche Adnextumoren. Von der Annahme ausgehend, dass die Pubertätsblutungen auf unrichtig eingestellter Ovarialfunktion beruhen, hat Landsberg von der Firma La Roche & Co. nach seinen Angaben angefertigte Extrakte aus Corpus luteum der Schwangerschaft (der Ausdruck Corpus luteum verum ist nicht präzis genug, da man darunter auch nach der neueren Nomenklatur das Corpus luteum der

Menstruation verstehen kann) erfolgreich gegen Pubertätsblutungen angewendet. Landsberg nahm dabei an, dass das Corpus luteum hemmend auf die Menstruation einwirkt, insbesondere das Corpus luteum der Schwangerschaft. Die Dosierung war jeden zweiten Tag 1 ccm subkutan im ganzen 6—12 ccm. Bei den behandelten sieben Pubertätsblutungen war die Wirkung während der Beobachtungszeit von 2—3 Monaten eine dauernde. Im vorgerückteren Alter scheint der Effekt kein so sicherer mehr zu sein.)

102. Leser, Chirurgische Erfahrungen mit Providoform. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 37. (Das Mittel wirkt granulationsanregend, besonders bei eiternden Wunden.)
103. Lindig, Über Anwendungsmöglichkeiten des Noviforms in der Gynäkologie. Gyn. Rundschau. Heft 19.
104. Löffler, F., Über Noviform. Zentralbl. f. Chir. Nr. 4.
105. Löwy, Zur Frage nach dem Effekt der bimanuellen künstlichen Atmung. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 39.
106. Lucke, Cl., Öl-Ätheranästhesie, einige theoretische Überlegungen. Med. Record. Nr. 19. (Ablehnung der rektalen Anästhesie.)
107. Mandler, Uteramin in der Praxis. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 43. (Ungiftiger Sekale-Ersatz, 3—4 Tabletten bei Blutungen täglich. Die Injektionen sind schmerzlos.)
108. Mayer, Hermann, Therapeutische Verwendung des Desinfektionsmittels Grotan. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 16.
109. Miller, A., Die Dosierung von Kokain und ähnlichen Stoffen bei lokaler Anästhesie. Journ. Amer. med. Assoc. Nr. 3.
110. Moos, Erfahrungen über intravenöse Artigoninjektionen bei der Gonorrhoe des Weibes. Monatsschr. f. Geb. März. Bd. 39. (Hält diese für die Diagnose von Bedeutung, für die Therapie nicht.)
111. Müller, Otto, Über die Gefahren und Misserfolge in der Lumbalanästhesie. Diss. Giessen.
112. Munro, Bericht über Anästhetika. Lancet. May 2. (2000 Narkosen.)
113. v. Mutschenbacher, Die Stillung der parenchymatösen Blutungen mit Koagulen Kocher-Fonio. Deutsche med. Wochenschr. p. 1669. Nr. 39.
114. Nebesky, Über unsere Erfahrungen mit Noviform. Gyn. Rundschau. Nr. 5. (Verwendung als trocknendes und desinfizierendes Mittel in Form von Streupulver und Vaginalkugeln.)
115. Neu, Ergebnisse der hohen Extraduralanästhesie. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 24. p. 876.
116. Norris, G., Die Gonorrhoe beim Weibe. Saunders & Co. (Zusammenfassende Darstellung der Pathologie und Therapie, insbesondere der konservativen Adnexoperationen.)
117. Oppenheim, H., Zur Puderbehandlung des weiblichen Fluors. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 13.
118. Orthmann, Die Anwendung des Ichthynats in der Gynäkologie. Frauenarzt. p. 106. (Natürliches Schwefelpräparat, angeblich dem Ichthyol gleichwertig und ebenso anzuwenden.)
119. Perazzi, Ricerche sull' assorbimento ed eliminazione di vari preparati iodici nella pratica ginecologica. La Rass. d' Ost. e Gin. Nr. 6.
120. Pickel, J., Beeinflussung gynäkologischer Blutungen durch Erystyptikum Roche. Therap. Monatsh. April.
121. v. der Porten, Narkosenmaske für Operationen in Bauchlage. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 92. Heft 4.
122. Puppel, Bericht über die Wirkung der Uranoblen- und Boluspräparate bei Gonorrhoe. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 10. p. 568.
123. Reiter, Hans, Vakzinetherapie und Vakzinediagnostik. Stuttgart, Enke.
124. Rost, G. A., Beiträge zur Vakzineanwendung bei Gonorrhoe. Münchn. med. Wochenschrift. p. 699. (Nach Rost ist die Vakzineanwendung als diagnostisches und therapeutisches Hilfsmittel in der modernen Gonorrhoetherapie unentbehrlich. Sie gestattet die völlige Ausheilung der frischen Gonorrhoe zu kontrollieren und das Persistieren latenter Herde zu entdecken. Ihr positiver Ausfall, d. h. das Auftreten von Herd- und Allgemeinreaktionen spricht stets für das Vorhandensein gonorrhoischer Herde. Die Bedeutung der Allgemeinreaktion als Einzelsymptom ist zurzeit noch nicht mit Sicherheit festzulegen. Sie kommt zweifellos auch bei Nichtgonorrhoikern, allerdings selten und meist — nicht immer — geringgradig vor. Das Fehlen der Allgemeinreaktion spricht nicht gegen das Vorhandensein einer gonorrhoischen Erkrankung.

Die Behandlung der sog. komplizierenden Organerkrankungen wird durch die Vakzine wesentlich erleichtert, die Resultate im ganzen gebessert, eine heilende Einwirkung auf den Urethralprozess ist jedoch anscheinend nicht vorhanden. Die Vakzine kann mit gutem Erfolg ersetzt werden durch die Exsudatflüssigkeit von gonorrhoisch entzündlicher Hydrozele und Gelenken. Das Wesen der Vakzinewirkung besteht wahrscheinlich in einer spezifischen Gewebsreaktion; eine Immunisierung des Körpers oder eine direkte spezifische Wirkung auf den Erreger hat offenbar nicht statt.)

125. de Rouville, Einfluss der Ausspülung der Peritonealhöhle mit Äther, kombiniert mit sitzender Stellung nach der Operation auf das der Äthernarkose folgende Erbrechen. La Gynéc. Avril.

126. Ruge, Ernst, Erfahrungen an den 22 ersten Fällen von vaginalen Operationen in parametraner Leitungsanästhesie. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 51. (Die Nadel wird parallel der Uteruskante rechts und links 5—7 cm ins Parametrium „in einer etwas nach aussen von der Uterusachse abweichenden Richtung" eingestossen, dann werden beiderseits 5 ccm einer 2%igen Novokainlösung injiziert. Nach 20 Minuten tritt die Anästhesie ein: Portio, dann Fornix, Blasengrund, Adnexe, Corpus uteri, Mastdarm werden unempfindlich; das hält bis 3/4 Stunden an. Ruge hat 19 vaginale Totalexstirpationen so ausgeführt mit einem Versager. Vor der Operation gibt er Morphium. Üble Zufälle traten nicht auf, aber eine Pneumonie entstand später. Kontraindikation ist entzündliche Infiltration.)

127. Salomon, Über Phenoval, ein neues Sedativum und Hypnotikum. Berl. klin. Wochenschrift. Nr. 20.

128. Saphir, J., Rektale Chirurgie unter Lokalanästhesie. New York. med. Journ. XCIX. Nr. 17. (1/8—1%ige Lösung von Chinin und Harnstofflösung, sog. Urea hydrochlorid.)

129. Schattauer, Zur Therapie innerer Blutungen. Frauenarzt. Heft 1. (Styptasetabletten.)

130. Schickele, Die kausale Therapie der Uterusblutungen jugendlicher Individuen. Med. Klinik. Nr. 28.

131. — Die Ätiologie und kausale Therapie der Uterusblutungen. Monatsschr. f. Geb. Bd. 39. p. 290.

132. Schlesinger, A., Nachschmerz nach Operationen in Lokalanästhesie. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 8. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 17.

133. Schlesinger, H., Vorsichtsmassregeln bei der Anwendung von Morphium-Dionin-Skopolamin-Lösung und eventueller Ersatz durch Pantopon-Dionin-Skopolamin-Lösung. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 7.

134. Schlimpert, Studien zur Narkose in der Gynäkologie. Arch. 102. Heft 2 u. 103. p. 18.

135. Schmauch, Ziele und Zwecke einer sachgemässen Schilddrüsenbehandlung. Monatsschrift f. Geb. Bd. 40. Heft 2.

136. Schönwitz, Über die Erfolge des „Biozyme-Bolus" in der gynäkologischen Praxis. Therap. d. Gegenw. Heft 12. (Hefe und Tonerde wirken bei Gonorrhoe, Fluor, Kolpitis etc. desinfizierend und austrocknend.)

137. Scholz, Über das Narkotisieren ängstlicher Menschen. Beitr. z. klin. Chir. 92. Heft 4.

138. Schubert, Gotth., Die Behandlung von Tumoren mit Tumorextrakten. Monatsschr. f. Geb. Bd. 39. Heft 4.

139. Schwab, M., Yatrengaze, ein neuer Verbandstoff. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 12. (Ein Jodbenzolderivat, wasserlösliches Ersatzmittel des Jodoforms.)

140. Sehrt, Die Schilddrüsenbehandlung der hämorrhagischen Metropathien. Ebendas. Nr. 6. (Bei Zeichen von Hypothyreose sah Sehrt Erfolge von Jodothyrin.)

141. Sfakianakis, Über Augiers Emulsion in der Frauenpraxis. Deutsche med. Wochenschrift. Nr. 8. (Ol. paraffini und Glyzerin mit phosphorsauren Salzen. Bei Appetitlosigkeit, Flatulenz, Obstipation anzuwenden.)

142. Sick, P., Weitere Erfahrungen mit kombinierten Narkosen. Deutsche Zeitschr. f. Chir. 128. Heft 3/4. (Gibt vor der Operation Morphium-Skopolamin; der Ätherverbrauch ist dann geringer.)

143. Siegel, Über Leitungsanästhesie in der Geburtshilfe und Gynäkologie. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 23. p. 1095. (Die Interkostal- und Lumbalnerven werden 4 cm seitlich von der Wirbelsäule mit ½%iger Novokain-Suprareninlösung infiltriert. Dazu Parasakralanästhesie für alle peritonealen Operationen.)

144. Siegel, T. W., Die paravertebrale Leitungsanästhesie. Deutsche med. Wochenschr. p. 1416. (Ausgehend von der Beobachtung Criles, dass jeder Schmerz auch bei Allgemeinnarkose morphologische Veränderungen in den Hirnzellen hervorbringt und

dass die Blockierung der Nerven durch Leitungsanästhesie demnach eine geringere Allgemeinschädigung ausübt, greift Siegel auf die bereits 1905 von Sellheim, später von Laewen, Finsterer, Kapis, Braun, Toelken u. a. bereits angebahnte Vertebralanästhesie bzw. Sakralanästhesie zurück. Die paravertebrale Anästhesie dient zur Anästhesie der Bauchdecken, des Peritoneums und zur Ausschaltung der Bauchpresse. Die parasakrale Anästhesie dient zur Anästhesierung der Ligamenta und des Beckenperitoneums. Für die vaginale Operation genügt im wesentlichen die parasakrale Anästhesie, wenn die Operation nicht über Damm und Scheide hinausgeht. Grundsätzlich wurden nur ½%ige Novokainlösungen verwendet. Komplette Versager kamen niemals vor. Alle Operationen wurden mit einem leichten Dämmerschlaf eingeleitet. Die Technik ist nicht unkompliziert, indem sie jeden einzelnen Nerven kurz nach dem Austritt aus dem Foramen der Vertebrae aufzusuchen hat. Eine genaue Kenntnis der anatomischen Innervationsverhältnisse ist geradezu unerlässlich. Die Menge des Anästhetikum schwankt zwischen 100 und 300 ccm. Eine Kontraindikation hat sich bisher nicht ergeben. Von Nebenerscheinungen wäre in erster Linie die Erhöhung der Pulsfrequenz zu erwähnen, ferner Blässe, Schweissausbruch, vorübergehender Brechreiz, seltener auch wirklich Erbrechen. Im ganzen wurden 150 gynäkologische und 120 geburtshilfliche Operationen mit dieser Methode an der Krönigschen Klinik ausgeführt. Der postoperative Verlauf unterscheidet sich nicht wesentlich von dem bei anderen Anästhesierungsmethoden beobachteten. In 30% der Fälle musste Inhalationsnarkose, wenn auch nur in ausserordentlich geringem Masse, zu Hilfe genommen werden. In der Diskussion weist Keibel darauf hin, dass wir die Kenntnis von der Innervation der vorderen Bauchwand im wesentlichen den Arbeiten Raumstroems verdanken. Die Funktion der sensiblen Endkörperchen im Peritoneum der Bauchwand sei noch nicht genügend bekannt. Er weist auch auf die Gefahr der Pleuraverletzungen hin und empfiehlt bei der paravertebralen Injektion, sich möglichst weit lateral zu halten.)

145. Sippel, Die aseptische Zubereitung des Laminariastiftes. Frauenarzt, Nr. 8. (Polemik mit R. Schaeffer.)

146. Smet, M., Die Vakzine von Nicolle und Blaizot in der Behandlung der Gonorrhoe. Med. Belge. p. 123.

147. Stange, W., Zur Prognose der Narkose. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 14. (Eine vorherige Respirationsprobe ist angezeigt: Gesunde können 30—40 Sekunden den Atem anhalten, Herzschwache 10—20 Sekunden weniger.)

148. Stolper, Zur Atropinbehandlung der Dysmenorrhoe. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 3.

149. Strassmann, P., Arznei- und diätetische Verordnungen für die gynäkologisch-geburtshilfliche Praxis. 2. Aufl. Berlin, Hirschwald. 152 S.

150. Streit, B., Über „Catamen-Cefag", ein neues wirksames Mittel gegen Dysmenorrhoe. Korrespondenzbl. f. Schweiz. Ärzte. Nr. 25.

151. Stümpke, Thigan, ein neues äusserliches Antigonorrhoikum. Münchn. med. Wochenschrift. Nr. 29.

152. Tölken, R., Erfahrungen mit der parasakralen Anästhesie. Deutsche med. Wochenschrift. Nr. 4. (42 Fälle ohne Versager.)

153. Traugott, Sakral- und Lokalanästhesie bei Laparotomien. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 21.

154. Trebing, Erystyptikum Roche bei Blutungen der weiblichen Genitalorgane. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 15.

155. Vogt, E., Erfahrungen mit Koagulen (Kocher-Fonio). Deutsche med. Wochenschr. p. 1315. (Vogt berichtet über die Erfahrungen der Dresdener Frauenklinik mit Koagulen, welches bekanntlich aus Blutplättchen hergestellt wird. Bei gynäkologischen Operationen hat sich eine 10%ige Lösung des Präparates gut bewährt. Die Lösung kann durch Erhitzen auf 100° sterilisiert werden und wird auf die blutende Stelle aufgespritzt oder mittelst Tampons appliziert. Kleinere und mittlere Gefässe können auf diese Weise zum Verschluss gebracht werden. Grössere Gefässe wurden nach wie vor unterbunden. Schädliche Nebenwirkungen, Nachblutungen, Thrombose, Infektionen oder Embolie wurden nicht beobachtet. Neuerdings verwendet die Dresdener Klinik das Koagulen auch bei starken menstruellen Blutungen und Metrorrhagien in intrauteriner Anwendung bei Beckenhochlagerung und intravenös bei Placenta praevia mit Melaena oder hämorrhagischer Diathese.)

156. Wehrle, Die Bedeutung des Arthigons für Diagnose und Therapie der Gonorrhoe und der Komplikationen. Diss. Freiburg.
157. Weissbart, Über ein neues Laxans (Istizin) in der Frauenpraxis. Gyn. Rundschau. Heft 13. (Empfiehlt das Dioxyanthrachinon.)
158. Zangemeister, Über intrauterine Ätzungen. Therap. Monatsh. März.
159. Ziegler, J., Meine Erfahrungen mit Providoform. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 37.
160. Zieler, Spezifische Behandlung der Gonorrhoe. Ebendas. Nr. 8. (Arthigon intravenös.)
161. Zweifel, Erwin, Zur Behandlung des Fluor albus. Med. Klinik. Nr. 47. (Tamponade mit 50%iger Zuckerlösung und Ausspülungen damit. Noch besser wirken 0,3 bis 0,5%ige Milchsäurespülungen.)
162. — Zur Technik der Sakralanästhesie. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 13. (Für vaginale Operationen genügt 0,4 Novokain mittelst der „tiefen" Sakralanästhesie; die „hohe" nach Schlimpert ist nicht ungefährlich. Einmal Gangrän an der Injektionsstelle.)

B. Diagnostik. Zusammenhang mit der übrigen Pathologie. Allgemeines über Laparotomie. Sonstiges Allgemeines.

1. Adachi, Über das Vorkommen doppeltbrechender Lipoide in menschlichen Ovarien und Uterus nebst einer Bemerkung über Fettablagerung in denselben Organen. Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. 76. Heft 1. (In kindlichen Ovarien kommt Fett normalerweise vor, bei geschlechtsreifen Individuen konstant, besonders in der Theca interna und in der Umgebung der Corpora fibrosa. Im Uterus des Kindes findet sich nichts davon, bei Erwachsenen keine Lipoide ausser bei Blutungsherden. Nicht selten trifft man Fettzellen in der Schleimhaut; in den Muskeln sind solche die Produkte regressiver Vorgänge.)
2. Albrecht, Der asthenische Infantilismus des weiblichen Geschlechts und seine Bedeutung für die ärztliche Praxis. Med. Klinik. Nr. 15.
3. Asch, Diagnostische und therapeutische Ratschläge für gynäkologische Praktiker. Ebendas. Beiheft 6.
4. Baecker, Hans, Über Alkoholismus und alkoholische Geistesstörungen beim weiblichen Geschlecht. Diss. Kiel.
5. Ballard, Cervixlazeration und reflektorische Reizung. Med. Record. Bd. 85. p. 800.
6. Bauereisen, Fremdkörper in der Bauchhöhle. Monatsschr. f. Geb. Bd. 39. p. 353. (Ileus drei Jahre nach einer Adnexoperation. Bei der Laparotomie fand sich ein Gazetuch, das Volvulus verursacht hatte. Heilung.)
7. Bell, Bl., Special discussion of the internal secretions to the female characteristics and functions in health and disease. Journ. Obst. and Gyn. Brit. Emp. 1913. Dec.
8. Benthin, Selbstinfektion bei gynäkologischen Operationen. Deutsche med. Wochenschrift. p. 1547. (Benthin fand bei Karzinom bis 25%, bei Myom 20%, bei Prolaps 15% hämolytische Streptokokken und führt Todesfälle hierauf zurück. Er verlangt eine energische Vorbehandlung.)
9. Bischoff, Zur Differentialdiagnose der Appendizitis chronica. Monatsschr. f. Geb. Bd. 40. Heft 3.
10. Blumfeld, Narkose und Diagnose. Lancet. March 28.
11. Boorstein, S., Dystrophia adiposogenitalis (of Froehlich) with Clinical report of two cases. Journ. Amer. med. Assoc. Vol. 63. Nr. 2. p. 148. (Hypophysenextrakt erwies sich dabei wirksam.)
12. Borszéky und Báron, Die Blutstillung bei Leberoperationen. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 88. Heft 3. (Präventive Kompression des Ligam. hepatoduodenale mittelst weicher Darmklemmen 15 Minuten hindurch.)
13. Bossi, A sempre maggior conferma dei miei principii nel campo delle nevrosicopatia femminili d'origine genitale. La Gin. Mod. 5—7.
14. Bovée, Complete sterilization of the skin by jodine. Amer. Journ. of Obst. Nr. 7. (Doppelter Jodanstrich.)
15. Brumberg, M., Über Bauchfelltuberkulose mit besonderer Berücksichtigung neuerer Behandlungsmethoden (Gaseinblasungen in die Bauchhöhle). Diss. Berlin.

16. Bryan, W. A., Zweizeitige Operation abgekapselter peritonealer Abszesse. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 19. Nr. 1. (Bei der ersten Operation wird nur ein den Eiterherd umschliessender Tampon zwecks Verklebung des Peritoneum parietale und viscerale eingelegt. Die Eröffnung des Abszesses folgt 10—12 Stunden später.)
17. Carless, Die Diagnose akuter Bauchaffektionen. Practit. März. (Berücksichtigt besonders die Appendizitis.)
18. Cavagnis, Jodvaporisation des Peritoneums. Rassegna d'ostet. e gin. Nr. 1. (Für nicht sicher saubere Operationen und für Tuberkulose empfohlen.)
19. Cheval, La photographie du col utérin. Journ. Belge de Gyn. Nr. 7.
20. Chtontser, Die Rolle des grossen Netzes im Kampf gegen peritoneale Infektion. Diss. Petersburg. Ref. La Gyn. Vol. 18. p. 394.
21. Codman, A study of hospital efficiency with particular reference to product rather than expenditure. Amer. Journ. of Obst. LXX. p. 247.
22. Crile, George, La théorie cynétique du shok et l'opération sans shok; association anocive. Rev. de Chir. Janv. (Siehe bei „Anästhesierungsmethoden" Nr. 29. p. 11.)
23. Crousse, Transfusione sanguine. Journ. Belge de Gyn. I. Nr. 6.
24. Delmas, Paul, Eviscération post-opératoire massive, traitée avec succès par la réduction immédiate et l'immersion dans l'éther. Bull. Soc. d'Obst. Nr. 3. Rev. mens. de Gyn. Avril. (Dehiszenz der Laparotomiewunde am achten Tage nach einer Adnexoperation angeblich infolge von Hustenanfällen. Reposition der Därme unter Aufgiessen von 1½ Litern Äther, Einlegen von Kompressen, Offenlassen des Abdomens. Heilung, trotzdem Patientin nach Hause geschafft wird und die Kompressen 90 Tage in der sich langsam schliessenden Wunde behält. Stückweise Entfernung derselben.)
25. Demarest und Masson, Kystes péritonéaux. Annal. de Gyn. Févr. (Orangengrosse Zyste im Canal. inguinal. Entfernung derselben. Ausgang vom Peritoneum, Zylinderepithel hie und da mit kurzen Cilien.)
26. Demmer, F., Über katarrhalische Lungenkomplikationen bei chirurgischen Erkrankungen und deren Behandlung mit Oxygen-Adrenalininhalationen. Deutsche Zeitschr. f. Chir. CXXV. Heft 3 u. 4.
27. Deppe, Frauenärztliches aus Deutsch-Ostafrika. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 40.
28. Dercum, Die nervösen Symptome bei Genitalleiden. Monthl. Cyclop. and med. bull. Nr. 5. XVI. Nr. 6. 1913.
29. Dickinson, C., Wrights Lösung, ein Ersatz für antiseptische Lösungen. Med. Record. Nr. 25. (Na. citric. 0,5, Na. chlorid. 3,0, Aq. ad 100.)
30. Dickinson, R., Efficiency studies in gynecological diagnosis. Amer. Journ. of Obst. LXX. p. 246.
31. Dörr, Beitrag zur Kasuistik der Uterusbauchdeckenfisteln. Diss. Marburg.
32. Dufour et Legros, Syndrome hypo-ovarien et hypothyroidien. Crises epileptiformes (Vagotonie). Reflexe oculo-cardiaque. Arrêt du ventricule. Dissociation auriculo-ventriculaire. Presse méd. 1 Avril. p. 248.
33. Elliot und Dingley, Lungenkollaps nach Laparotomien. Lancet. 105. p. 13. (In zwei Fällen entstand unter Fieber eine Dämpfung und Kollaps eines Lungenlappens, Verdrängung des Herzens nach der kranken Seite hin. Infektion von den Bronchien aus soll die Ursache sein, Atelektase folgen. Expektorantien sind indiziert.)
34. Elsner, Gemeinsames Auftreten von Uterusgeschwülsten und Struma. Typischer und atypischer Basedow. Amer. med. Soc. May.
35. Erggelet, A., Über Fehldiagnosen bei Appendizitis der Frauen. Diss. Freiburg.
36. Fabricius, Beziehungen der Appendix zu Erkrankungen des Genitalapparates. Med. Klin. Nr. 22.
37. Fetzer, Wesen und Bedeutung der Abderhaldenschen Reaktion, insbesondere in der Geburtshilfe und Gynäkologie. Verein f. wissensch. Heilk. in Königsberg. 26. Jan. Ref. Deutsche med. Wochenschr. p. 826. (In allen Fällen von Gravidität reagierte das Serum mit Plazenta positiv. Bei fehlender Gravidität war in allen Fällen, in denen weder Karzinom noch entzündliche Prozesse vorhanden waren, die Reaktion negativ. Man muss auch daran denken, dass im Plazentarsubstrat sich Bindegewebe befindet, dass also in einem Falle von bindegewebiger Einschmelzung ein positives Resultat mit Plazenta zwar erhalten werden kann. Eine unspezifische Reaktion bei Karzinom ist denkbar in Fällen, wo der Organismus mit plasmafremdem Material überschwemmt wird und steht im Einklang mit entsprechenden Tierexperimenten.)
38. Figueroa, S., Eine einfache Methode zur Registrierung von Blutungen und Ausflüssen. Journ. Amer. med. Assoc. p. 205.

39. Fingerhut und Wintz, Zur Methodik der Blutgerinnungsbestimmung. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 7. (Versuche in einem eigens konstruierten Thermostaten.)
40. Fischer, B., Nekrose der gesamten Vaginalschleimhaut durch Sublimatspülungen. Ebendas. Nr. 11.
41. Flatau, S., Erfahrungen mit Peristaltin nach Laparotomien. Monatsschr. f. Geb. Bd. 39. p. 646.
42. Ford, W., Sterilität der Frauen. Med. Record. Vol. 85. p. 19. (Empfehlung der Pozzischen Operation.)
43. Frank, L., Jod in der Abdominalchirurgie. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 4. p. 179.
44. Frank, Rich., Die Desinfektion der Haut mit Sterolin bzw. Jodsterolin. Zentralbl. f. Chir. Nr. 30. (Perubalsam, Rizinusöl, Terpentin, Glyzerin und Spiritus.)
45. Frank, Rob., The clinical manifestations of disease of the glands of internal secretion in gynecological and obstetrical patients. Amer. Journ. of Obst. LXX. p. 264. (Übersichtsreferat.)
46. v. Franqué, Pathologie und Therapie der Genitaltuberkulose des Weibes. Würzb. Abhandl. Heft 1. (Übersichtsreferat über den derzeitigen Stand dieser Frage, Erörterung der drei Entstehungsarten der Genitaltuberkulose. 1. der hämatogene Weg, 2. Fortleitung von der Nachbarschaft, 3. Infektion von aussen her. Eingehende Beschreibung der klinischen Symptome und der diagnostischen Methoden. Prognostisch ist die Sterilitätsfrage und die Disposition zu Karzinomentwicklung wichtig. Therapeutisch kommt in erster Linie operative Behandlung in Betracht.)
47. Friedl und Busse, Gynäkologische Untersuchungen und Operationen bei Psychosen. Naturw. med. Ges. Jena, 13. Nov. 1913. Ref. Deutsche med. Wochenschr. p. 264. (Auf Grund von Untersuchungen an 200 geisteskranken Frauen wird festgestellt, dass bei 91% dieser Kranken pathologische Genitalveränderung vorhanden war. Bei etwa 10% wurden gynäkologische Eingriffe ausgeführt. In Frage kommen Hysterie, bei welcher Kastration ohne Erfolg war, Imbecille, Epileptische, zirkuläres Irrsein und Dementia praecox. Bei letzterer Erkrankung wurde die Abderhaldensche Reaktion diagnostisch verwendet. Eine therapeutische Beeinflussung nach Kastration ist noch nicht spruchreif.)
48. Fuchs, Jul., Experimentelle Untersuchungen über die Wirkung von Presssäften und Extrakten aus Schilddrüse, Eierstock und Plazenta auf den überlebenden Kaninchenuterus. Diss. Heidelberg.
49. Gatsch, The effect of Laparotomy upon the circulation. Amer. Journ. of Obst. Vol. 70. p. 55.
50. Gelinsky, Die Gefahren, Verhütung und Behandlung der abdominalen Infektion, der Passagestörungen und ihrer Folgezustände. Arch. f. klin. Chir. CIII. Heft 4. (Empfiehlt Heissluftbehandlung nach jedem Bauchschnitt und besonders bei peritonealer Infektion.)
51. Gerich, Zur Kasuistik in der Bauchhöhle vergessener Gazekompressen. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 13. (Ovariotomie in der Schwangerschaft. Eine sehr grosse Kompresse wird 14 Tage nach der normalen Geburt aus einem spontan durchbrechenden Abszess entfernt.)
52. Giles, Bericht über 1000 aufeinander folgende Bauchoperationen. Lancet. July 4. (881 gynäkologische Operationen darunter mit einer Mortalität von 3,4%).
53. Gissinger, A., Einfacher Handschutz bei eitrigen Operationen. Diss. Giessen.
54. Golub, Le retentissement des affections des voies respiratoires inférieures sur l'appareil génital de la femme. La Gyn. 1913. Nr. 11. (Asthma hat keinen Einfluss auf genitale Prozesse, ebenso der Keuchhusten; über Influenza, Pneumonie und Tuberkulose berichtet Verf. nichts Neues.)
55. Gorbakowsky, Diagnostische Untersuchungen des Antitrypsingehaltes und der Leukozytose bei Laparotomien. Beitr. z. Geb. Bd. 19.
56. Gordon, Alf., Nervous and mental disturbances following castration in women. Journ. Amer. med. Assoc. Oct. 17. (Unter 112 Frauen, denen die Ovarien allein oder mit dem Uterus exstirpiert waren, befanden sich 34, bei denen schon vor der Operation nervöse Krankheiten bestanden hatten. Nur neun zeigten eine Besserung in der Rekonvaleszenz, später aber traten die alten Symptome plötzlich und heftig wieder auf. Bei allen übrigen war von einer Besserung nichts zu konstatieren. Bei Hysterischen verschlimmerte sich die Hysterie, auch die Neurasthenischen waren nicht besser daran; einige Psychasthenische mussten sogar vorübergehend in Anstalten gebracht werden und nur bei dreien war eine Heilung ersichtlich. Bei 17 ohne strenge Indikation wegen

nervöser Störungen Kastrierten war der Erfolg ganz schlecht, aber auch bei Frauen mit kranken Eierstöcken, die total exstirpiert waren, war meistens eine Verschlimmerung der nervösen und psychischen Störungen die Folge. — Angesichts solcher übler Erfahrungen rät Gordon mit Recht zur grössten Vorsicht beim Aufstellen der Indikation und zum Zurücklassen gesunden Ovarialgewebes bei Eingriffen.)

57. Graefe, Gerh., Über Tuberkulose des weiblichen Genitalapparates im Kindesalter. Monatsschr. f. Geb. Bd. 40. Heft 4.

58. v. Graff und Novak, Basedow und Genitale. Arch. f. Gyn. Bd. 102. p. 18. (Primäre Genitalveränderungen können durch Beeinflussung der Thyreoidea oder Reizung des Sympathikus einen Basedow veranlassen, sie können aber auch infolge eines Basedow auftreten (?).

59. v. Graff, Schilddrüse und Genitale. Arch. f. Gyn. Bd. 102. p. 109.

60. Gray-Philipps, Die Resorption und Zugfestigkeit verschiedenen tierischen Ligaturmaterials. Journ. Amer med. Assoc. Nr. 17. (Fasziennähte werden schneller resorbiert als Muskelnähte.)

61. Haeberlin, Behandlung der zirkumskripten und diffusen eitrigen Peritonitis im Gefolge der Appendizitis. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 90. Heft 1. (346 Fälle mit 11 Todesfällen. Schwere allgemeine Peritonitis wurde in 10% beobachtet. Verf. empfiehlt langdauernde NaCl-Ausspülungen der Bauchhöhle und Drainage des Douglas für mindestens 24 Stunden.)

62. Haim, E., Zur Verhütung der allgemeinen Peritonitis bei Operationen im kleinen Becken, insbesondere bei der erweiterten abdominalen Totalexstirpation des Uterus wegen Karzinom. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 13. (Am Schluss der Operation näht Haim Cökum und Flexur aneinander und dann nach hinten und vorn ans Peritoneum.)

63. Hara, K., Zur Serodiagnostik der malignen Geschwülste. II. Deutsche med. Wochenschrift. p. 1258. (Hara hat in einer früheren Publikation [Deutsche med. Wochenschr. 1913, Nr. 52] angegeben, dass die Komplementbindungsreaktion nach von Dungern und die Meiostagminreaktion nach Ascoli und Itzar für die Serodiagnostik der malignen Geschwülste recht brauchbar sind, wenn sie auch keine vollkommene Spezifizität aufweisen. Hara berichtet in vorliegenden Mitteilungen über weitere 34 Fälle, die gleichzeitig mit beiden Methoden untersucht worden sind. Die Meiostagminreaktion mit Kochsalzlösung ergab in 24 mit Zuckerlösung, in 27 Fällen und die Komplementbindung in 29 Fällen ein positives Resultat. Die Ergebnisse beider Methoden deckten sich nicht, sie scheinen sich vielmehr zu ergänzen. Beide Methoden geben unter Umständen auch mit nichttumorkranken Seren positive Ausschläge.)

64. Haren, C., Über Erfolge der operativen Therapie bei Sterilitas matrimonii. Dissert. Freiburg.

65. Harvey, F., Pituitrin postoperativ. Med. Record. Nr. 12. (Wirksam bei Blähungsbeschwerden, Ischurie, peritonitischer Darmlähmung.)

66. Hausmann, Th., Ergebnisse der methodischen Palpation der Ileocökalgegend mit besonderer Berücksichtigung der ektopischen Eileiter. Monatsschr. f. Geb. 39. p. 772.

67. Heinemann, Fritz, Über den Wert der Antitrypsinbestimmung in der Gynäkologie und Geburtshilfe. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 26. Monatsschr. f. Geb. Bd. 39. p. 768.

68. Hellier, John B., Wichtige Punkte in der gynäkologischen Diagnostik. Practit. 1913. Aug. (Besondere Bewertung des Schmerzes für die Diagnose.)

69. Henry, F. P., Die Diagnose und Behandlung der Lumbosakralschmerzen. Med. Record. Nr. 3. (Fälle von Ischias; einer heilte nach der Entfernung eines kleinen Zervikalpolypen.)

70. Hermann, F., Zur Kasuistik der Beziehungen zwischen der Gallenblase und dem weiblichen Genitale. Diss. Freiburg.

71. Herrmann, E., Die klinische Bedeutung der Veränderungen am weiblichen Genitale beim Status hypoplasticus. (Bartel.) Gyn. Rundschau. p. 14. (Herrmann hat am anatomisch-pathologischen Material der Wiener Universität bei 200 Fällen von Status hypoplasticus die weibliche Keimdrüse untersucht und dabei in 58% charakteristische Veränderungen im Ovarium gefunden. Diese bestehen in Vergrösserung des Organs, Glätte der Oberfläche, zystischer Vergrösserung der Follikel und Zunahme des Bindegewebsstroma. Corpora lutea sind nur selten zu finden. Analoge Veränderungen haben seinerzeit Bartel und Kyrle am kindlichen Hoden beobachtet. Dieser hyperplastische Zustand des Ovariums hatte in 1,5% aller Fälle Genitalhypoplasie zur Folge, wobei auf das zweite Jahrzehnt 82%, auf das dritte Jahrzehnt nur mehr 66% entfallen. Es erklärt sich dieses Verhalten aus der grossen Sterblichkeit der

Hypoplastiker, welche in den ersten zwei Jahrzehnten über 50% beträgt. Man kann demnach von einer natürlichen Auslese solcher Menschen sprechen, da fast die Mehrzahl der so veranlagten Fälle sehr frühzeitig ausgeschieden werden. Weitere Folgezustände sind verspätetes Auftreten der Menstruation, vorübergehende Amenorrhoe, vorzeitiges Klimakterium und primäre Sterilität. Bei 25% aller Menschen überhaupt sollen nach Bartel degenerative Zeichen in geringerem oder höherem Grade vorhanden sein. Infolge der allgemeinen Genitalhypoplasie besteht in 54% des Status hypoplasticus primäre Sterilität.)

72. Heurlin, M., Bakteriologische Untersuchungen des Genitalsekrets der nichtschwangeren und nichtpuerperalen Frau vom Kindes- bis ins Greisenalter unter physiologischen und gynäkologisch-pathologischen Verhältnissen. Berlin.

73. Hilx, A., Experimentelle Untersuchungen über freie Fetttransplantation bei Blutungen parenchymatöser Bauchorgane. Arch. f. klin. Chir. CIII. Heft 4. (Da die Extrakte von Faszie, Muskel, Netz und Fett eine Beschleunigung der Blutgerinnung herbeiführen, ist Fett vom Netz, der Nierenkapsel und des subkutanen Gewebes zum Transplantationsmaterial geeignet.)

74. Hoessli, H., Leukozytose bei intraperitonealen Blutungen. Mitt. aus den Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 27. Heft 4. (Hoessli hat an Kaninchen den Einfluss des in die Bauchhöhle injizierten Blutes auf die Leukozytenzahl untersucht. Es trat immer rasch eine starke Hypoleukozytose ein, welche im Gegensatz zu der spät auftretenden Hypoleukozytose bei subkutaner Blutinjektion innerhalb 1—2 Tagen abklang. Differentialdiagnostisch gegenüber Appendizitis ist es wichtig, dass man auch beim Menschen infolge von geplatzter Tubargravidität oder Ovarialblutungen in die Bauchhöhle starke Leukozytose finden kann.)

75. Hofmann, Willy, Über das Frühaufstehen nach Operationen. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 8.

76. — Über die Funktionsprüfung des Herzens und ihre praktischen Ergebnisse für die Chirurgie. Arch. f. klin. Chir. CIV. Heft 1. (Empfiehlt Katzensteins Methode, probeweises Komprimieren der Art. femorales.)

77. Holländer, Eug., Pseudomenstruatio postoperativa. Zentralbl. f. Chir. Nr. 17.

78. Hübner, Die praktische wissenschaftliche Diagnose und Behandlung der männlichen und weiblichen Sterilität. Med. Record. Bd. 85. Nr. 19. p. 840.

79. Hüffel, A., Die Behandlung der Peritonitis mit Kampferöl. Monatsschr. f. Geb. Bd. 39. p. 812. (Sammelreferat.)

80. Huntemüller und Eckard, Beiträge zur Frage der Händedesinfektion. Berl. klin. Wochenschr. p. 1508. (Die beste Desinfektion liefert Seifenwaschung mit nachfolgendem Abreiben der Hände mit 70%igem Alkohol. Auch Festalkohol oder 70%iger Rizinusseifenspiritus ist empfehlenswert, besser noch Verreiben von Seifenspiritus auf die Hand.)

81. Javaux, Fistules intestinales suite opératoire, guéries spontanément par la méthode de l'oxygène à courant continu dans le ventre. Journ. Belge de Gyn. I. Nr. 6. p. 480. (Bei Kotfisteln und anderen Fisteln führt Javaux einen Nelatonkatheter in diese ein, verbindet ihn mit einer Sauerstoffbombe und lässt Tag und Nacht hindurch den Sauerstoff so lange einströmen, bis die Sekretion oder Eiterung aufhört.)

82. Jung, Ph., Die Leistungsfähigkeit der vaginalen Köliotomie. Monatsschr. f. Geb. Bd. 39. p. 46. (Jung nennt zwar die vaginale Köliotomie eine segensreiche Operationsmethode, hat sie aber mehr und mehr zugunsten der Laparotomie eingeschränkt.)

83. Kaiser, Kurzer Rückblick auf die Geschichte des Krankheitsbildes der Asthenie-Enteroptose. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 41. p. 1306.

84. Kalledey, Über die Rolle der endokrinen Drüsen und ihre Beziehungen zur gynäkologischen Therapie. Wiener med. Wochenschr. Nr. 46. (Das Mittel Glanduovar wird intravenös angewendet gegen Dysmenorrhoe, Amenorrhoe, klimakterische Beschwerden und Hyperemesis.)

85. Karewski, F., Diabetes und chirurgische Erkrankung. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 1.

86. Kawasoye, Über die anatomischen Veränderungen an den Bauch- und Brustorganen, insbesondere am Peritoneum von Tieren nach intraperitonealer Kampferölinjektion. Arch. f. Gyn. Bd. 101. p. 100. (Die Veränderungen sind bei verschiedenen Tieren verschiedengradig. Bei schwacher Reaktion wird das emulgierte Öl in den Lymphbahnen resorbiert, bei starker Reaktion wird es durch gewucherte Endothelien und

Leukozyten eingekapselt und auf dem Peritoneum festgehalten, wodurch die Ölresorption gehemmt ist.)
87. Kisch, Die künstliche Befruchtung beim Menschen. Zeitschr. f. Sexualwissensch. Heft 2. (Kisch lehnt die bisherigen angeblichen Erfolge ab.)
88. v. Klein, Durch Askariden vorgetäuschter Tumor. Deutsche med. Wochenschr. p. 1497. (24jährige Nullipara, wegen Adnexentzündung in Behandlung. Laparotomie wegen eines schmerzhaften Tumors in der Blinddarmgegend. Derselbe erwies sich als eine mit drei Askariden beschwerte Dünndarmschlinge. Schluss des Abdomens. Abtreiben der Würmer mit Santonin.)
89. Knoop, Über die Gefahren der intrauterin angewandten antikonzeptionellen Mittel. (Referat. Diskussion.) Monatsschr. f. Geb. Bd. 39. p. 406 ff.
90. Kraus, F., Diabetes und Chirurgie. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 1.
91. Kreiss, Ph., Der Blutverlust bei gynäkologischen Operationen und seine prognostische Bedeutung. Zeitschr. f. Geb. Bd. 76. Heft 1. (Man operiert am sichersten im Intermenstruum. Da die Prognose zum Teil vom Blutverlust abhängt, ist exakte Blutstillung nötig, besonders beim Abschieben der Harnblase bei der Totalexstirpation.)
92. Kreuzeder, Blutuntersuchungen und Blutdruck in bezug auf die Prognose bei gynäkologischen Operationen. Diss. Würzburg.
93. v. Kubinyi, Verfahren zur Kontrolle der Tupfer bei Laparotomien. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 23. (Die Tupfer werden an eine Schnur geknotet, die durch die Löcher einer Metallscheibe gezogen ist.)
94. Küstner, H., Über den Nutzen des Peristaltins für die Laparotomierten. Ebendas. Nr. 31.
95. Kuntzsch, Das konstitutionelle Moment beim Geschlechtsproblem. Zeitschr. f. Geb. Bd. 76. p. 563.
96. Labhardt, Die Erfolge der Verwendung des Kampferöls zum Schutze gegen postoperative Peritonitis. Festschr. f. H. Bircher. Tübingen bei Laupp.
97. Laurence, J., La stérilité chez la femme et son traitement. Journ. des Prat. 24 Janv.
98. Lepinay, M., Die von den weiblichen Genitalien ausgehenden Neuralgien im Becken und ihre Behandlung. Rev. prat. d'obst. et de gyn. Févr./März. (Von jedem Beckennerven können Neuralgien ausgehen. Neben chirurgischer und interner, sowie physikalischer Therapie verweist Verf. auf die Wirksamkeit von Radiumemanation und Heilquellen.)
99. Leplat, M., Ätherspülung des Peritoneums. Presse méd. p. 359. (Die Spülung wurde im Anschluss an eine Radikaloperation wegen Adnexeiterung vorgenommen. Schwerer Kollaps trat auf, zwei Stunden musste künstliche Atmung gemacht werden. Wenn auch die Patientin allmählich zu sich kam, warnt Leplat doch im Gegensatz zu anderen vor der Methode, die entschieden gefährlich ist.)
100. Lewandowsky, Die Hysterie. Berlin, Springer.
101. Lieb, Charles, Pharmakologische Wirkung der ekbolischen Drogen. Amer. Journ. of Obst. Jan. (Im Sekale wirkt nur das Ergotoxin spezifisch. Extrakte aus dem Hinterlappen der Hypophyse erregen alle glatten Muskeln, Chinin den isolierten Uterus. Die Isochinoline (Hydrastinin, Narkotin) wirken direkt auf die Uterusmuskulatur.)
102. Lohmeyer, Über das Verhalten der proteolytischen Fermente der Leukozyten bei Gravidität und Tumoren der weiblichen Geschlechtsorgane. Zeitschr. f. Geb. Bd. 76. Heft 2. (Das Ferment entfaltet bei Karzinom, Tuberkulose und genitalen Entzündungen eine erhöhte verdauende Kraft auf der Serumplatte, nicht aber bei Myomen, wenn sie nicht verjaucht sind.)
103. Lyman, C., und Bergtold, Die Verwendung von Amnion zur Verhinderung postoperativer peritonealer Adhäsionen. Surg., Gyn. and Obst. Nr. 6. (Amnion ist gut zu sterilisieren und wird erst nach längerer Zeit resorbiert. Man bewahrt es in ½%iger Formollösung und 70%igem Alkohol auf.)
104. Maier, Marcus, Untersuchungen über Eisengehalt, Hämoglobin und Blutkörperchen-Volumen bei geburtshilflichen und gynäkologischen Patientinnen. Diss. Freiburg. Zeitschr. f. Gyn. Bd. 76. Heft 1.
105. Marchak, 4 cas de guérison de péritonites généralisées, traitées par des lavages à l'éther. Annal. de Gyn. II Sér. Tome XI. p. 305. Presse méd. p. 269. (Spülungen der Peritonealhöhle mit ½ Liter Äther bei drei Appendix- und einer Pyosalpinxperitonitis.)
106. Mayland, Das Schicksal eines in der Bauchhöhle zufällig zurückgelassenen Jodoformgazestreifens. Lancet. Febr. (Es musste wegen Ileus relaparotomiert werden. Der

breite Gazestreifen hatte das Jejunum perforiert und wurde mit Glück aus letzterem herausgeschnitten.)

107. Maylard, Practice and Problem in abdominal surgery. London 1913. (Ergebnis langjähriger Erfahrungen in der Abdominal-Chirurgie.)
108. Mc Cann, Neue Fortschritte in der Gynäkologie. Practit. April.
109. Mc Donald, E., Ein Hautüberzug als Ersatz für Gummihandschuhe. Med. Record. Nr. 12. p. 524. (Lösliche Baumwolle in Amylazetat und Azeton aufgelöst, mit Äthylalkohol und einem verseifbaren Äther versetzt, ist dem Gaudanin etc. vorzuziehen.)
110. Merletti-Calcaterra, Un perfezionamento ed una semplificatione notevole nella tecnica dell' antisepsi operativa. Ann. di Ost. e Gin. Nr. 6.
111. Meyer-Ruegg, Die Tuberkulose der weiblichen Genitalien. Schweiz. Rundschau f. Med. Nr. 14. (Unter den an Tuberkulose verstorbenen Frauen sind 15% Genitaltuberkulosen. Adnexerkrankungen sind 3—10% tuberkulöser Natur; bei ihnen sind Operationen selten nötig.)
112. Meyer, Willy, Der Siegeszug der Beckenhochlagerung. Deutsche Zeitschr. f. Chir. CXXIX. (Zwei Todesfälle schiebt Meyer auf die Beckenhochlagerung, nämlich eine Apoplexie — Sektion nicht vorgenommen — und einen plötzlichen Exitus beim Entfernen eines Embolus aus der Aorta abdominalis. Statt der Knie-Ellenbogenlage empfiehlt er Beckenhochlagerung in der Bauchlage.)
113. Minner, Genital- und Peritonealtuberkulose. Diss. Würzburg 1913. (52 Fälle = 0,72% der gynäkologischen Erkrankungen. 13 Operationen mit 15,4% Mortalität.)
114. Mosbacher, Funktionelle Störungen im weiblichen Genitale und Störungen im vegetativen Nervensystem. Zeitschr. f. Geb. Bd. 76. Heft 2. (Im Sinne des Asthma bronchiale als Paradigma für Vagotonie war keine gynäkologische Affektion zu deuten. Aber bei funktionellen Blutungen zeigten 80% vagotonische Disposition, ebenso die klimakterischen Beschwerden und die funktionellen Amenorrhoen.)
115. Münzer, Art., Pubertas praecox und psychische Entwicklung. Berlin. klin. Wochenschrift. Nr. 10.
116. Nagy, Theod., Ein Fremdkörper in der Bauchhöhle. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 19. (Angeblich verschluckter hölzerner Zahnstocher hatte den Dünndarm perforiert und wurde durch die Laparotomie entfernt. Heilung.)
117. Novak, J., Über den Einfluss der Nebennierenausschaltung auf das Genitale. Arch. f. Gyn. Bd. 101. p. 36. (Bei Ratten bewirkt die Ausschaltung der Nebennieren Atrophie der Genitalorgane infolge des Ausfalles der innersekretorischen Funktion. Eine bestehende Schwangerschaft wird dadurch nicht unterbrochen.)
118. — Wege und Ziele auf dem Gebiet der inneren Sekretion vom gynäkologischen Standpunkt. Monatsschr. f. Geb. Bd. 40. Heft 2.
119. Ogórek, Spontanabtrennung der weiblichen Adnexe. Arch. f. Gyn. Bd. 102. p. 300. (Torsion und Strangulation.)
120. Okintschitz, Über die gegenseitigen Beziehungen einiger Drüsen mit innerer Sekretion. Ebendas. p. 331.
121. Opitz, E., Über die Behandlung der weiblichen Unfruchtbarkeit. Therap. d. Gegenw. I u. II. (Übersicht über den jetzigen Stand der Frage. Nach Opitz ist die Sterilität nur in 50% auf Seiten des Mannes. Bei der Frau erwartet er viel von einer Allgemeinbehandlung (Blutarmut, innersekretorische Störungen). Antisyphilitische Kuren können auch während einer Gravidität durchgeführt werden.)
122. Partos, Ein neues Verfahren zum Schutze des Peritoneums gegen Infektion. Schweiz. Rundschau f. Med. Nr. 11. (Eine Aufschwemmung von Bolus alba soll den Schutz gewähren.)
123. Passow, Ad., Wechselseitige Beziehungen zwischen Psychosen und Menstruationsstörungen. Gyn. Rundschau. Heft 11. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 15.
124. Pazzi, I caratteri biologici della differenziazione sessuale della donna. Lucina. Nr. 7.
125. Perazzi, Ricerche sperimentale intorno alle variazione del potere assorbente del peritoneo in seguito a trattamento con olio. Annali di Ost. e Gin. Nr. 6.
126. Philipowicz, Über Hämostase und aseptische Thrombose. Gyn. Rundschau. Nr. 13. (Statt Gaze empfiehlt Philipowicz organische Gewebe (Netz) zur Blutstillung zu verwenden, warnt vor Massenligaturen und rät, Lücken in den Bauchdecken gut zu schliessen, in denen sich gefährliche Koagula bilden können. In der Diskussion teilte Kocher mit, dass er bei Anwesenheit grösserer Varizen die Vena saphena magna vor der Operation unterbindet; weiterhin lobte er das Koagulen als blutstillendes Mittel.)

127. Phillipps, J., Schmerzen bei der Kohabitation und ihre chirurgische Behandlung. Brit. med. Journ. p. 1232. (Fälle von Fissuren, unverletztem Hymen, Vaginismus, Hypoplasie, Lageveränderungen, Narben etc.)
128. Playette et Bernard, Ätherspülung des Peritoneums. Presse méd. p. 338. (Platzen eines eitrigen Tumors in der Laparotomie. Ätherspülung. Kollaps, Tod. Délanglade, Roux — de Brignoles — und Pieri sahen in zusammen sechs Fällen keinerlei Erfolg von den Ätherspülungen bei Peritonitis.)
129. Poll, H., Über Geschlechtsbestimmung beim Menschen. Zeitschr. f. Geb. Bd. 76. Heft 2. p. 549.
130. Porrit, Pituitrin bei postoperativer intestinaler Stasis. Brit. med. Journ. May 23.
131. Prentiss, Dan., Lenden- und Kreuzschmerz bei der Frau. Amer. Journ. of Obst. Jan.
132. Prochownick, Das Mengesche Heilverfahren bei postoperativen Bauchbrüchen. Monatsschr. f. Geb. Bd. 39. p. 357.
133. Puppel, Diagnostische Irrtümer. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 10.
134. Rapin, Bauchschnitt in der Gynäkologie. Gyn. helvet.
135. Rasch, K., Das Mahlersche und das Michaelissche Symptom. Samml. wiss. Arb. Heft 14. (27 Fälle von Thrombose und Embolie; sechsmal fand sich „Kletterpuls", sechsmal subfebrile Temperaturen, weshalb Rasch allgemein gültige, prämonitorische Symptome in beiden Zeichen nicht erkennt.)
136. Reichelsderfer, Lagebehandlung der postoperativen peritonealen Adhäsionen. Surg., Gyn. and Obst. Nr. 6.
137. Resinelli, Was verträgt das Peritoneum und was nicht? Ginec. X. Heft 19. (Strenge Asepsis, seltene Drainage. Intraperitoneale Nähte sollen nur aus Seide bestehen.)
138. Reymond, M., Über den Pfannenstielschen Querschnitt. Presse méd. p. 190. (Sah nie Hernien danach auftreten. 135mal wurde die Appendix fortgenommen und dabei der Genitalapparat bequem inspiziert.)
139. Riedel, Bakteriologischer und pathologisch-anatomischer Befund bei Peritonitis. Diss. Halle.
140. Rohde, Karl, Über die Beziehungen der Erkrankungen der Gallenwege zu den Generationsvorgängen der Frau. Diss. Freiburg.
141. Rohleder, Die libidinösen Funktionsstörungen der Zeugung beim Weibe. Leipzig, G. Thieme. (Nach allgemeinen Erörterungen der Geschlechtstriebe des Weibes und dem Coitus interruptus wird die durch qualitative und quantitative Störungen des weiblichen Geschlechtstriebes bedingte Sterilität abgehandelt. Anaesthesie, Frigidität, Dyspareunie, Nymphomanie und Vaginismus werden unter die quantitativen Störungen eingereiht. Hysterie, geschlechtliche Anomalie und Perversionen, sowie die relative Sterilität (sexuelle Antipathie) rechnet er zur zweiten Kategorie. Sehr eingehend wird die Therapie dieser Zustände behandelt.)
142. Rovsig, Die Gastro-Koloptosis. Leipzig.
143. Sabouraud, Beziehungen zwischen der Geschlechtsentwicklung und der Behaarung beim Menschen. Arch. mens. d'obst. et gyn. Janv. (Sabouraud weist auf die bekannte Tatsache hin, dass den verschiedenen Etappen des Geschlechtslebens physiologische und häufig auch pathologische Veränderungen an der Behaarung des Kopfes, des Gesichtes, der Scham- und Achselhaare, sowie der übrigen Körperregionen entsprechen. Die Keimdrüsen scheinen durch ihre innere Sekretion einen weitgehenden Einfluss auf das Haarwachstum und die damit eng verbundene Sekretion von Hauttalg zu haben. Interessant ist die Beobachtung, dass Sabouraud unter 147 Eunuchen keinen einzigen Kahlkopf gefunden hat. Bei Frauen soll Haarausfall während der Schwangerschaft zum Stillstand kommen und zwar regelmässig im dritten Monat der Schwangerschaft. Mit dem Wiedereinsetzen der Ovarialfunktion nach der Entbindung soll auch der Haarausfall wieder beginnen, und zwar macht er sich 80—90 Tage nach der Entbindung bemerkbar, weil angeblich das Haar erst 80—90 Tage nach seinem Absterben ausfällt. Eine Erklärung dafür kann der Autor nicht geben.)
144. Sarkissiantz, Zur Frage der künstlichen Sterilisation der Frau. Med. Klin. Nr. 15. (Die Sterilisierung ist nur erlaubt, wenn dauernde Schäden durch eine Schwangerschaft drohen. Eine Unterbindung der Tuben hält Sarkissiantz für ausreichend.)
145. Sasse, Zur Behandlung der diffusen eitrigen Wurmfortsatzperitonitis. Arch. f. klin. Chir. CIII. Heft 3. (Von einem pararektalen Schnitt aus werden mit Seitenhebeln Kompressen zur Aufsaugung des Exsudates eingeführt und dann erst der Wurm entfernt und die Wundhöhle drainiert.)

146. Schickele, Über Wachstumsstörungen und ihre Beziehungen zur inneren Sekretion. Berl. klin. Wochenschr. p. 1653. (Ein Fall „atypischer Akromegalie", Ovarien angeblich nicht fühlbar. Ein Fall abnormer Fettbildung bei Hypoplasia genitalis; ein Fall von eunuchoidem Typus.)
147. Schlimpert, H., Erfahrungen mit dem Blumreichschen Phantom im Unterricht. Münchn. med. Wochenschr. p. 710.
148. Schockaert, Contribution au traitement chirurgical du péritoine. Journ. Belge de Gyn. I. Nr. 6.
149. Schöpperl, Über Thrombose und Embolie nach gynäkologischen Operationen. Diss. München.
150. Schottelius, A., Über die Operation von Nabel- und Bauchnarbenbrüchen mit querer Fasziensspaltung und Muskelaushülsung (Menge-Pfannenstiel). Zeitschr. f. Geb. Bd. 76. Heft 2. (11 Fälle mit einem Todesfall.)
151. Schricker, K., Spülungen der Bauchhöhle bei Laparotomien. Diss. München.
152. Schubert, G., Tupferkontrolle bei Laparotomien. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 33.
153. Schultze, B. S., Gynäkologie und Psychiatrie. Monatsschr. f. Geb. Bd. 40. Heft 2.
154. Schultze, H., Beitrag zur Frage der künstlichen Tubensterilisation. Diss. Leipzig.
155. Sehrt, Die Beziehungen der Schilddrüseninsuffizienz zu den nervösen Beschwerden und der spastischen Obstipation der Frauen. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 8.
156. Short, Blutveränderungen als Ursache des Schocks. Lancet. March 14. (Lähmung der Kerne am IV. Ventrikel und Kleinhirn ist die Ursache, welche Impulse zum Rückenmark senden, wodurch dieses seine muskeltonisierende Fähigkeit ausüben kann.)
157. Siemerling, Gynäkologie und Psychiatrie. Monatsschr. f. Geb. Bd. 39. März.
158. Smith, Rich., The behavior of the abdominal cutaneous reflexes in acute conditions with in the abdomen and pelvis. Amer. Journ. of Obst. LXX. p. 262. (Bei akuten Prozessen sind Bauchreflexe stets deutlich vorhanden.)
159. Sokolowsky, Sur la pénétration des microbes de la cavité péritonéale. Recherches expérimentales. La Gyn. Tome 18. p. 393.
160. Sprengel, Ursachen und Behandlung der postoperativen Bauchbrüche. 43. Chir.-Kongress.
161. — Über Röntgendiagnsotik der Uterustumoren. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 22. (Einbringen von Protargolsalbe oder Unguent. Credé in die Uterinhöhle ist dazu nötig.)
162. Stimson, Die gynäkologische Untersuchung. New York med. Journ. Bd. 99. p. 576. (Nur Bekanntes.)
163. Strassmann, Die Verhinderung und Behandlung von Beckenadhäsionen. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 19. Nr. 1. (Prophylaxe gegen Entzündung ist allerdings eine Verhinderung von Adhäsionen. Weiter empfiehlt Strassmann frühzeitiges Operieren. Führt die resorptiv-physikalische Behandlung von Adhäsionen nicht zur Heilung, dann muss man, wenn möglich vaginal, operieren.)
164. v. Streit, Intrauterinpessar, das ¾ Jahre gelegen und die Cervix zerstört hatte. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 17.
165. Stresemann, Untersuchungen mit Hilfe des Abderhaldenschen Dialysierverfahrens bei Schwangerschaft und gynäkologischen Erkrankungen einschliesslich Karzinom. Gyn. Rundschau. Heft 17/18. (Die Sera aller Graviden bauten Plazentagewebe ab, keines aber Karzinomgewebe, die Sera aller Karzinomkranken Karzinomgewebe. Fünf klinisch sicher nicht gravide Frauen gaben eine positive Reaktion mit Plazentagewebe. Diese Fälle erklärt Stresemann durch Versuchsfehler.) Siehe auch Frauenarzt. p. 585.
166. Strong, C. M., Frigidität vom soziologischen und gynäkologischen Standpunkt. Pacific. med. Journ. Jan. (Ursachen sind psychische Defekte und pathologische Prozesse. Die Therapie ist eine lokale, am wirksamsten aber ist die psychische.)
167. Sundheim, R., Platzen der Bauchnaht nach Laparotomien. Diss. Giessen.
168. Tavernier et Chalier, Knochenbildung in einer medianen Laparotomienarbe oberhalb des Nabels. Lyon méd. Nr. 14.
169. Traugott, Fortschritte in der Gynäkologie des praktischen Arztes. Therap. Monatsh. März.
170. Tuffier, Virilisme surrénal. (Tiefe Stimme, Bart, hypertrophische Klitoris. Bei der wegen Myom vorgenommenen Laparotomie konstatierte man hypertrophische Massen in der Gegend der Nebennieren.)
171. Voelcker, Experimentelle Studien zur Ursache der postoperativen Thrombose und Embolie. 43. Chir.-Kongr.

172. Voigt, Zwei Fälle von Abreissung der vaginifixierten Gebärmutter von der Anheftungsstelle. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 8.
173. Voorhoeve, Erwiderung zu dem Artikel Lamers, der Kalkgehalt des menschlichen Blutes, besonders beim Weibe. Zeitschr. f. Geb. Bd. 76. Heft 1.
174. Wanner, Demonstration der gebräuchlichen Intrauterinpessare und Intrauterinspritzen. Monatsschr. f. Geb. 39. p. 432.
175. Weber, Franz, Die Tamponade in Geburtshilfe und Gynäkologie. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 4/5. (Eintauchen der Gaze in 5%iges Perhydrol hält eine Keimentwicklung hintan.)
176. Wengerad, Fälle von Thrombose und Embolie nach gynäkologischen Operationen. Diss. Berlin.
177. Whitehouse, B., Die Syphilis bei Uteruserkrankungen. Journ. Obst. and Gyn. Brit. Emp. p. 13. (Da Whitehouse bei Metropathien öfter eine positive Wassermannsche Reaktion fand, hält er Syphilis als Ursache nicht für ausgeschlossen. Bei Lues sollen Spirochäten im Menstrualblut und Pyometraeiter vorkommen.)
178. Wolff, Paul, Das experimentelle Bauchfenster. Beitr. z. Geb. Bd. 19. p. 306. (Eine kleine Zelluloidplatte wird zur dauernden Beobachtung intraabdomineller Vorgänge als Fenster in einen operativ gesetzten Bauchwanddefekt eingeheilt.)
179. Woronytsch, N., Zur Frage der menstruellen Schilddrüsenveränderung. Wiener klin. Wochenschr. p. 937. (Volumensschwankungen der Schilddrüse finden sich schon normalerweise, häufiger aber noch bei solchen Personen mit krankhaften Veränderungen der Schilddrüse. Nur in einem ganz geringen Prozentsatz der Fälle sind zur Zeit der Menstruation zahlenmässig erweisbare Grössenschwankungen der Schilddrüse und auch hier ist es nicht mit Sicherheit zu entscheiden, ob menstruelle Einflüsse allein die Ursache der Volumensveränderungen sind.)

IV.

Gynäkologische Operationslehre.

Referent: Prof. Dr. H. W. Freund.

Instrumente.

1. Amtschislawsky, Neue Elektroden für die gefahrlose Anwendung starker, besonders diathermischer Ströme in der Gynäkologie. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 15.
2. Asch, Ein neues Ventilschutzpessar. Wiener med. Wochenschr. Nr. 29.
3. Baumwarth, J., Ein neues Taschenbesteck für die Desinfektion mit Jodtinktur. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 24.
4. Bartlett, Eine einfache Methode der Hitzesterilisation und Aufbewahrung von Catgut. Surg., Gyn. and Obst. XVIII. Nr. 5.
5. Beckh-Widmanstetter, Über Ligaturen an schwer zugänglichen Stellen. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 27. (Zwei nach aussen offene, durch einen Bügel verbundene Ösen an langem Stiel.)
6. Blumberg, Einige Bemerkungen über die Coolidge-Röhre. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 21.
7. Bucky, Weitere Mitteilungen zur Abblendung der Körperstrahlen. Ebendas. (Wabenblende.)
8. Bucura, Zur Technik der intrauterinen Behandlung. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 6. (Rekordspritze mit aufgeschraubtem Katheter.)

9. Chilaiditi, Zur Technik der gynäkologischen Röntgentherapie. Der Kompressor, ein Instrument für systematische Ausnützung der Verschieblichkeit der Bauchhaut. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 32.
10. Corbus, Ein neues suprapubisches Blasenoperationsspekulum. Journ. Amer. med. Assoc. Nr. 24. p. 1890.
11. Curtis, A new drainage-tube introducer. Lancet. Febr. 21.
12. Döderlein, Demonstration von Instrumenten. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 34. p. 1855. (Sonde und Dilatatoren mit einem kreisförmigen Schutzblatt zur Verhütung zu tiefen Eindringens in den Uterus.)
13. Doldi, Ein neuer einfacher Retentionsapparat bei Senkung und Vorfall des Uterus und der Scheidenwände. Ebendas. Nr. 18. (Gummikugeln verschiedener Grösse.)
14. Engelmann, W., Bajonettförmige Uterussonde und Ätzstäbchen. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 23 u. 27.
15. Flatau, Zu Engelmanns Mitteilung „Bajonettförmige Uterussonde". Ebendas. Nr. 26. (Prioritätsanspruch.)
16. Gayler, Uterine specimen forceps. Journ. Amer. med. Assoc. Nr. 6. Febr. 7. (Lange Scheere zum Exzidieren von Cervixstückchen für die Untersuchung.)
17. Greinacher, Das Ionometer und seine Verwendung in der Röntgendosimetrie. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 32.
18. Grossmann, Kritische Betrachtungen über die heutige Dosimetrie. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 21. p. 758.
19. Grotte, G., Zur Technik der unblutigen Cervixdehnung. Ein neues Dilatationsinstrument. Ebendas. Nr. 11.
20. Hammer, Direkt zeigendes Dosimeter für Röntgen- und Radiumstrahlung. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 19. p. 1090. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 21.
21. Haymann, Pessare aus Glas in den verschiedensten Formen. Monatsschr. f. Geb. Bd. 39. p. 135.
22. Heidenhain, L., Neue Instrumente. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 31. p. 1745. (Tuchklemme.)
23. Heineberg, Über die Endoskopie des Uterus; ein Hilfsmittel zur Sicherstellung der Diagnose intrauteriner Erkrankungen. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 18. p. 4. (Neues Uteroskop.)
24. Henszelmann, Kleine röntgenologische Vorrichtung zur Erzeugung von Wurmfortsatzbildern. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 32. (Kompressor.)
25. Hergens, Biegsame Elektroden. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 18. p. 1009.
26. Higgins, A simple apparatus for saline infusion during hedonal anaesthesia. Lancet. May 16.
27. v. Holst, Uterussaugkatheter, konstruiert von Dr. M. Lehmann. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 32. p. 1142.
28. Holzknecht, Neue Wiener Röntgenmodelle. Ebendas. Nr. 21. p. 756. (Zur Durchleuchtung ein Schwebekasten und Distinktor, Helmröhre.)
29. Hunt, H., Drainage by section. Lancet. June 6. (Zwei Wasserbehälter mit Schläuchen.)
30. Jackson, Dougl., A new urine specimen glass. Lancet. Dec. 20.
31. Jacobaeus, Instrument zur direkten Besichtigung seröser Höhlen. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 5. (Trokar mit Kystoskop.)
32. Immelmann und Schütze, Erfahrungen mit dem Fürstenauschen Intensimeter. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 21.
33. Kelling, G., Pinzette mit Innenschieber zum Einstülpen des Wurmfortsatzstumpfes. Zentralbl. f. Chir. Nr. 45.
34. Kretschmer, Cystoscopic bladder forceps. Journ. Amer. med. Assoc. Nr. 18.
35. Krull, Demonstration eines Vaginalthermophors. Berl. klin. Wochenschr. p. 1340.
36. Lange, Verbesserungen an den Klammern v. Herffs. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 13. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 6.
37. Lange, W., und Grenacher, Untersuchung von Catgut auf Sterilität und ihre praktische Bedeutung. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 48.
38. Laurie, An intra-uterine douche. Lancet. March 28.
39. Levy-Dorn, Über die Coolidge-Röhre der A. E. G. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 21.
40. Lohnstein, Ein Urethroskop zur Hochfrequenzbehandlung von Affektionen der Harnröhre und des Blasenhalses. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 30.
41. Maybury, A new colostomy tube. Lancet. May 16.
42. Mc Goan, Ein neues Urethroskop. New York. med. Journ. Nr. 18.

43. Mc Ilroy, Perforating forceps for ligamentary suspension operations upon the uterus. Lancet. May 30. (Zange mit ungleichen Branchen.)
44. Meyer, Hans, Das Jontoquantimeter, ein neues Messgerät für Röntgenstrahlen. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 47.
45. Michael, O., Eine Büchse für sterile Gaze. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 29.
46. Momburg, Auskochbare Messer. Zentralbl. f. Chir. Nr. 32.
47. Moses, L., Zum Schutz des Arztes bei Röntgendurchleuchtungen. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 40. (Durchleuchtungs-Schutzwand.)
48. Neumayer, L., Zur Beleuchtung der Operationszimmer kleiner Landspitäler. Ebendas. Nr. 24.
49. von der Pforten, Narkosemaske für Operationen in Bauchlage. Zentralbl. f. Chir. Nr. 29.
50. Reich, Ad., A simple form of perineal retractor. Amer. Journ. of Obst. March.
51. Rideal and Beddard, An improved urine specimen glass. Lancet. Dec. 20.
52. Rieck, Sterilisationsapparat für die Sprechstunde. Monatsschr. f. Geb. Bd. 39. p. 357.
53. Rigler, Der Quadratograph. Ein Röntgenhilfsapparat. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 33.
54. Salomon, Über ein neues zerlegbares Spekulum. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 25.
55. Schaeffer, R., Die aseptische Zubereitung der Laminariastifte. Frauenarzt. 15. Juni. (20 Minuten Kochen in 90%igem Alkohol mit 5%igem Sublimat oder 14 Tage Einlegen in Acid. carbol. liqu. Dann Abspülen und Aufbewahren in absolutem Alkohol.)
56. Schall, Kombinierter Untersuchungsstuhl und Waschtischschrank. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 39. p. 1784.
57. Schanz, A., Bandagen für Appendizitisnarben und Bauchbrüche. Ebendas. Nr. 30.
58. Schindler, Zur operationslosen Behandlung des Scheiden- und Gebärmuttervorfalls. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 29. (Bemerkungen zu Doldi 13.)
59. Schneider, E., Eine Stauungsmanschette zur intravenösen Injektion. Ebendas. Nr. 16.
60. Sellheim, Demonstration des Ausgusses eines normalen weiblichen Bauches. Verh. Naturf.-Gesellsch. II. 2. Häflte. p. 553.
61. Shenton, E. W., An X-Ray screen compressor for the detection of urinary calculus. Lancet. 4. VII. p. 36. (Verhältnismässig kleiner Schirm.)
62. Stephan, Demonstration eines spreizbaren Vaginalspekulums. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 21.
63. Strauss, H., Zur Methodik der intravenösen Injektion. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 28. (Bemerkungen zu Schneider 59.)
64. Tennant, Illumination of the deeper cavities. Journ. Amer. med. Assoc. May 16.
65. Thilenius, Eine unzerbrechliche Injektionskanüle. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 25.
66. Tobold, V., Technische Neuheiten. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 16. p. 891. (Untersuchungsstuhl mit Waschtischschrank, Taschensterilisator, Filterapparat für Radiumbestrahlung.)
67. Vasiliu, Eine neue Spritze zur intravenösen Injektion von Neosalvarsan und anderen reizenden Lösungen. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 30.
68. Wachtel, Der Schwebemarkenlokalisator. Ein einfacher und exakter Fremdkörpersucher. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 47.
69. Weckowski, Rotationsapparat für Radiumbestrahlung. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 16.
70. Wintz, Eine neue Fingercurette. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 16.

Neue Operationsmethoden.

1. *Adams, Jos., The drainage-tube in abdominal surgery. Lancet. April 25.
2. Albrecht, Hans, Zur operativen Therapie der Rektalprolapse bei Frauen. Gyn. Rundschau. Heft 5. (Unterscheidet sich kaum von bekannten Vorbildern. Abpräparieren der hinteren Vaginalwand hoch hinauf, Raffen des Prolapses und der Fornix, Levatorennaht, Schnürnaht um den Sphinkter.)

3. *Albrecht, Paul, Über plastischen Ersatz der Vagina bei angeborenem Defekt derselben. Deutsche Zeitschr. f. Chir. CXXII. Heft 3 u. 4.
4. *Anderes, E., Bildung einer künstlichen Vagina. Beitr. z. Geb. u. Gyn. Bd. 19.
5. *Biesenberger, Herm., Eine neue Verschlussmethode für äussere Hohlorganfisteln. Beitr. z. klin. Chir. 88. Heft 3.
6. *Birnie, J., Eine Methode zur Freilegung des Beckenteils des Ureters. Surg., Gyn. and Obst. XVIII. Nr. 5.
7. Bland, P., Vaginal Drainage. Journ. Amer. med. Assoc. Vol. 62. Nr. 26. p. 2027. (Empfehlung der Methode.)
8. *Byford, Eine interne Alexander-Adamssche Operation. Ebendas.
9. *Candler, Experimental proof of the value of a mask over the surgeons mouth during operations. Brit. med. Journ. May 23.
10. Crossen, Operationen lange bestehender Uterusinversionen. Journ. Amer. med. Assoc. Nr. 14.
11. Cuthbertson, Eine verbesserte Gilliamsche Operation der Gebärmutterverlagerung. Surg., Gyn. and Obst. XVIII. Nr. 3.
12. *Frankenstein, Kurt, Beitrag zur Versorgung des bei der Operation durchschnittenen Ureters. Gyn. Rundschau. Heft 12.
13. *Freund, Herm., Eine neue Methode der Ovariotomie. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 28.
14. *Grisson, Bauchdeckenplastik. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 14. Deutsche Zeitschrift f. Chir. Bd. 128. Heft 3—4.
15. *Hertzler, A., Technic of vaginal hysterectomy. Journ. Amer. med. Assoc. March 21.
16. Jellet, H., Suture of the Levator ani muscle by Perineorrhaphie. Lancet. Vol. 187. p. 315. (Legt grossen Wert auf Blosslegung und Naht der Levatoren.)
17. *Karhausen, Procédé nouveau de fixation utérine dans les cas de rétroversion adhérente. Journ. Belge de Gyn. Avril.
18. Kerr, J. M., Die operative Behandlung von Missbildungen des Uterus und der Vagina. Surg., Gyn. and Obst. XVIII. Nr. 5.
19. *Kumaris, Zur Beseitigung des Aszites. Zentralbl. f. Chir. Nr. 43.
20. Lampe, Kastration bei Mammakarzinom. Deutsche med. Wochenschr. p. 1547. (In fünf Fällen palliativer Erfolg; Lampe hofft bei gleichzeitiger Amputatio mammae auf Dauererfolge.)
21. *Latzko, Cervixkarzinom. Abdominelle Radikaloperation mit Resektion der Vena iliaca externa dextra. Gyn. Rundschau. Heft 12.
22. Laubenheimer, Über neuere Händedesinfektionsmethoden. Münchn. med. Wochenschrift. Nr. 15. p. 846. (Reine Alkoholwaschung wirkt am sichersten, Festalkol versagt vollständig.)
23. Moschcowitz, Die Pathogenese und Therapie der Hernia lineae albae. Surg., Gyn. and Obst. XVIII. Nr. 4. (Fettbrüche, durch Inzision und Abtragen der Fettklumpen geheilt.)
24. *Nádory, Fascia-lata-Implantation zur Heilung des weiblichen Genitalprolapses. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 12.
25. *Nash, W. Gilford, Zwei Fälle von Aszites, behandelt mit multipler Parazentese und Femoraldrainage. Lancet. 15. III. 1913.
26. *Oberst, Über Dauerdrainage bei Aszites. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 16. Zentralbl. f. Chir. Nr. 37 u. 38.
27. *Oliva, Technische Modifikation der Vaginalhysterektomie bei Prolaps. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 50.
28. *Proust et Maurer, Ligature de l'artère hypogastrique dans l'hystérectomie abdominale élargie pour cancer. Journ. de Chir. Janv.
29. *Rindfleisch, W., Eine abdominelle Operationsmethode bei Retroflexio uteri. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 29.
30. *Roith, Über präventive Enterostomie bei unreinen Bauchhöhlenoperationen. Beitr. z. Geb. u. Gyn. Bd. 19. p. 298.
31. *Rouhier, Les hystéropexies actuelles et le lieu d'élection pour le passage intrapariétal des ligaments ronds dans l'opération de Doléris. Rev. de Gyn. et Chir. abd. XXII. Nr. 2.
32. *Ruge, Ernst, Ersatz der Vagina durch die Flexur mittelst Laparotomie. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 3.
33. *Schubert, G., Die Verwertung der freien Faszientransplantation zur Heilung des Totalprolapses. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 1.

34. *Simpson, Th. Y., Erfolgreiche Einpflanzung der Ureteren ins Rektum bei Ectopia vesicae. Brit. med. Journ. June 6.
35. *Sippel, Alb., Eine neue Operationsmethode des Invaginationsprolapses des Mastdarms der Frau. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 8.
36. *Stemmler, Zur Operation der Mastdarmfistel. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 31. p. 1759.
37. Thomson, H., Bedeckung der Stümpfe nach Entfernung von Adnextumoren vermittelst der runden Mutterbänder mit gleichzeitiger Fixation der Gebärmutter. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 52. (Annähern der Bandschlingen an die Hinterwand des Uterus über die Adnexstümpfe hinweg.)
38. Verkoyen, Plastique abdominale au moyen d'un lambeau de fascia lata. Presse méd. p. 574. (Anwendung bei einer Inguinalhernie.)
39. Villechaise, L'hystérectomie abdominale par décollation antérieure. Thèse. Paris. Avril.
40. Vineberg, A preliminary report of an operation for general enteroptosis. Amer. Journ. of Obst. Nr. 7.
41. *Ward, G., Operation zur Heilung der Rektocele. Surg., Gyn. and Obst. XVII. Nr. 3.
42. Werelius, Axel, Traumatic detachement of the bladder from symphysis pubis with complete severance of urethra. Use of the labia minora as a substitute for necrosed anterior vaginal wall. Journ. Amer. med. Assoc. May 30. (Nach einer Zangenentbindung entstand eine völlige nekrotische Zerstörung fast der ganzen vorderen Vaginalwand und der Urethra, so dass der untere Symphysenrand freilag. Nach zwei Misserfolgen mit direkter Vereinigung der Scheidenwand wurde ein Ersatz durch die angefrischten Ränder der Labia minora geschaffen. Angeblich gutes Resultat.)
43. *Wertheim, E., Zur Technik der Interpositio uteri beim Prolaps. Arch. f. Gyn. Bd. 102. Heft 2.
44. *— Die operative Behandlung der Rezidive nach Interpositio uteri vesicovaginalis. Verhandl. Naturf.-Gesellsch, Wien. II. 2. Hälfte. p. 539.
45. *— Die Suspension der Portio vaginalis an den Sakrouterinligamenten. Arch. f. Gyn. Bd. 103. p. 217.
46. *Wunderlich, M., Über eine schnelle und sichere Methode der Gefässunterbindung Ref. Presse méd. Nr. 35.

Experimentelle Untersuchungen über den Wert von Operationsmasken stellte Candler (9) an. Der Operateur gurgelte eine Flüssigkeit, in der Bacillus prodigiosus suspendiert war. Beim gewöhnlichen Atmen und ruhigen Sprechen gingen auf der Agarplatte keinerlei Kolonien auf, wohl aber beim Husten und Schneuzen. Eine Maske gewährt dagegen sicheren Schutz.

Eine schnelle Methode der Gefässunterbindung empfiehlt Wunderlich (46). Man legt einen nur geschlungenen, aber noch nicht geknoteten Faden um die Arterienklemme nahe am Griffende, ehe man das Gefäss fasst; man kann sich aber auch vor der Operation mehrere weit geschlungene Fäden präparieren, die man dann im gegebenen Moment über die Klemme streift.

Zur Beseitigung des Aszites teilen Oberst (26), Nash (25) und Kumaris (19) eigene Verfahren mit. Ersterer stellt aus einem zum Teil im Zusammenhang mit der Unterlage gelassenen Hautlappen eine Röhre her, die er durch eine Öffnung in den Bauchraum bringt. Das andere flach ausgebreitete Ende kommt ins subkutane Gewebe. Die nach dem Abfluss des Aszites sehr lockere Haut wird darüber genäht. — Nash legte nach mehrfachen Punktionen und der Omentopexie eine Spule in den Schenkelkanal, so dass eine mit Erfolg arbeitende Drainage nach dem Oberschenkel hergestellt wurde. — Kumaris strebt durch Exzision grösserer Stücke von parietalem Peritoneum die Verwachsung von Eingeweiden mit der Bauchwand und damit die Beseitigung des Aszites an.

Bezüglich der Bauchdrainage hebt Adams (1) wieder hervor, dass Drainageröhren im Peritoneum oft dichte und schnell hergestellte Anlagerungen des Gewebes veranlassen, auch seien sekundäre Infektionen durch das Tubuslumen beobachtet worden. Im allgemeinen soll man daher den Bauchraum

nur drainieren, wenn man bei häufigem Verbandwechsel den Drain ausgiebig entleert und die „Fowlersche Lagerung" — Erhöhung des Bett-Fussendes — herstellt. Sind die Bauchdecken deutlich mehr alteriert oder in ihrer Widerstandsfähigkeit schwächer als das Bauchfell, so soll man sie allein drainieren — ein entschieden beherzigenswerter Rat.

Bei Eiteransammlung im Abdomen und sonstigen Peritonitiden legt Roith (30) zwei Enterostomien ungefähr in der Mitte und am Ende des Dünndarms an, bei grossen Flüssigkeitsmengen im Magen macht er auch nach Lennander eine Gastrostomie (Technik Witzels). Unter 30 Fällen verzeichnet er nur zwei Todesfälle.

Zu einer Bauchdeckenplastik nach Appendektomien rät Grisson (14) in den Fällen, in denen drainiert werden musste. Dabei lässt er die Wunde völlig offen. Später exzidiert er die Hautnarbe, durchschneidet parallel zum Hautrand die oberflächliche Faszie und mobilisiert ihren Rand. Der restierende Streifen wird mit der tiefen Faszie, und dann noch jede für sich vernäht.

H. W. Freund (13) teilt eine neue konservative Methode der Ovariotomie mit. Er weist anatomisch nach, dass funktionsfähiges Ovarialgewebe selbst bei grossen Kystomen an jeder Stelle der Wandung sich finden kann. Um solches rasch aufzufinden und gegebenenfalls zu erhalten, spaltet er den ganzen Tumor median bis nahe an den Stielansatz und durchsucht die Wand. Liegt der Ovarialrest in der Nähe des Stiels, so umschneidet man ihn und übernäht ihn, liegt er weiter entfernt, so lässt man eine dünne Wandlamelle bestehen und verwendet sie zur Anheftung des Restes an den Stiel. Letzterer wird nicht unterbunden. Die Blutung bei der Operation ist gering. Die Bedingungen derselben sind die gleichen wie bei den Resektionsmethoden.

Eine vaginale Hysterektomie empfiehlt Hertzler (15) bei schwer zu stillenden Blutungen, Polypen und submukösen Myomen. Er spaltet nach der Eröffnung der Plica vesico-uterina die Cervix median, luxiert den Uterus heraus und verlängert dann die Cervixinzision nach den Bedürfnissen des Falles bis ins Korpus oder den Fundus. Ausschneiden erkrankter Schleimhautpartien zieht er dem Abschaben vor. Bei Myomen amputiert er den Uterus supravaginal, etwa nach der Methode von H. Freund.

Proust und Maurer (28) führen bei der abdominalen Radikaloperation wegen Krebs jetzt regelmässig die Ligatur der Arteriae hypogastricae als ersten Akt der Operation aus und vermeiden damit Blutungen. Die Arterien müssen aber so hoch wie möglich und nach aussen von den Ureteren unterbunden werden. (Gute Abbildungen s. Rev. de Gyn. XXII. Nr. 1.)

Bei einer Radikaloperation fand Latzko (21) einen grossen Krebsknoten so fest auf der Vena iliaca ext. sitzen, dass diese ober- und unterhalb der Verwachsung ligiert und auf eine Länge von 3 cm reseziert werden musste. Anfänglich entstand Schwellung des (suspendierten) Beines; dann reaktionslose Heilung. (In der Diskussion berichtete Wagner von einem ähnlichen Fall, wo das Bein kolossal anschwoll und der Tod durch Herzschwäche eintrat. Latzko nimmt an, dass sich diese Patientin in ihr Bein verblutet hat und schlägt elastische Umschnürung vor. Ref. hat dieselbe in einem ähnlichen Fall erfolglos angewendet.)

Den bei der Operation durchschnittenen Ureter hat Frankenstein (12) einfach unterbunden und versenkt, worauf Heilung ohne Zwischenfall auftrat. Er hält aber diese Methode mit Recht für unsicher und empfiehlt, die Tierexperimente Kawasoyes nachzuahmen und den Ureter zu knoten. Am Menschen ist das (— jedenfalls auch unsichere — Ref.) Vorgehen noch nicht erprobt. Birnie (6) behauptet, dass es nach Eröffnung des Cavum Retzii durch seitliches Abschieben des Peritoneums von der Blase gelingt, den Ureter freizulegen.

Bei einem achtjährigen Mädchen mit Blasenektopie wurde von Th. Simpson (34) die Blase mit Ausnahme der Ureterenmündungspartien exstirpiert und darauf die mit Kathetern bewaffneten Ureteren durch einen neugeschaffenen, die Vagina durchbohrenden Weg ins Rektum eingeheilt. Die durch den Anus geleiteten Katheter blieben eine Woche liegen. Die Patientin konnte den Urin stundenlang halten.

Von Retroflexionsoperationen verwirft Rouhier (31) alle direkten Uterusfixationen und alle Ligamentfixationen, bei denen das Abdomen nicht eröffnet wird, weil man sonst die Adnexe nicht inspiziert. Er empfiehlt die Operation von Doleris, die im Durchziehen der Ligg. rot. durch die durchlochten Rekti besteht. — Byford (8) näht nach dem Bauchschnitt die Ligg. rotunda nahe dem Leistenring ans Peritoneum und dann noch einmal, nachdem sie durch einen Peritonealschlitz gezogen sind, in den Bauchdecken fest. — Karhausen (17) geht von einem Pfannenstiel-Schnitt aus, löst Adhäsionen und macht dann einen typischen Alexander-Adams nach beiderseitiger Inzision der Aponeurose in der Höhe des Canalis inguinalis. — Rindfleisch (29) eröffnet den Peritonealüberzug der Ligg. rotunda, hülst sie aus und durchschneidet sie. Ihre Stümpfe fixiert er in Peritonealschlitze auf der hinteren Uteruswand.

Wertheim (43—45) näht, weil Prolapsrezidive nach der Interpositio uteri vaginalis anterior nicht ausbleiben, den durch die vordere Kolpotome in die Scheide geleiteten Uteruskörper an die Levatoren, die aber nicht herauspräpariert, sondern dem Gefühl nach festgestellt werden. Ausgiebige seitliche Unterminierung der Scheidenlappen und eine eigens gebogene Unterbindungsnadel sind dazu nötig. Vorn wird der Uterus ans Diaphragma urogenitale, genauer gesagt ans Periost des Schambogens beiderseits neben der Urethra angeheftet. Die Scheide wird dadurch auf einen Spalt reduziert. (Die Blase aber bleibt im Prolapsgebiet. Ref.) Knickt sich die Portio vaginalis während der Operation, so öffnet man das hintere Scheidengewölbe und den Douglas und näht die hintere Portiofläche an die Ligg. sacro-uterina. — Bedenken hinsichtlich des Rezidivs erregt auch Schuberts (33) Prolapsoperation. Nach Ausführung der scheidenverengernden Massnahmen exzidiert er von einem Pfannenstiel-Schnitt aus ein 1 cm breites, ziemlich langes Faszienstück von der Rektusscheide. Die Mesosalpinx wird dann beiderseits durchlocht, das Faszienstück durchgezogen und hinten auf den hochgezogenen Uterus, vorn in die oberhalb des Leistenrings durchbohrten Bauchdecken genäht. Die Ligg. rotunda werden in Schlingen gefaltet zur Peritonisierung des Faszienstreifens benutzt.

Nádorys (24) Operation ist die H. W. Freundsche Schnürung der Vagina unter Ersatz des Nahtmaterials durch einen Streifen Fascia lata, der an einem in den Deschamps eingefädelten Seidenfaden rings im Introitus submukös durchgezogen und dann angenäht wird. In letzter Zeit hat Nádory Faszienstreifen vom sog. „Lungenbraten junger Rinder" dazu benützt.

Rektocelen operiert Ward (41) in nicht unbekannter Weise: Quere Spaltung an der Haut-Schleimhautgrenze, Ablösen des Rektums hoch hinauf. Raffnaht des Mastdarmdivertikels, Kürzung der Vaginallappen, Levatornaht. — A. Sippel (35) spaltete in einem Fall einer 61 jährigen Frau nicht bloss die ganze hintere Vaginalwand und den Damm, sondern auch die Portio median. Nach Freilegen und Einfalzen des Mastdarmdivertikels wurde dieses in den Cervixspalt eingenäht und die Scheidenlappen gekürzt. Nach Anfrischung auch der vorderen Scheidenwand wurden beide Vaginalwunden dann miteinander vereinigt. Die Levatorennaht und Verengerung des Anus schlossen die Operation.

Oliva (27) führt bei Prolapsen die vaginale Hysterektomie aus. Um Blasenverletzungen zu vermeiden, wird ein viereckiger Lappen vom Os externum uteri bis etwa 3 cm über diesem abpräpariert, wodurch die Blase freigelegt ist.

Recht eingreifend scheinen die Operationen des plastischen Ersatzes der Scheide bei angeborenem Defekt. Nach P. Albrecht (3) soll man

zuerst von einem Parasakralschnitt aus das Steissbein und die beiden letzten Kreuzbeinwirbel resezieren. Dann wird die Flexur vom Rektum getrennt und in die Vulva genäht, das obere Rektumende aber in die Flexur implantiert. Nach etwa zwei Wochen durchtrennt man die letztere unterhalb der Implantationsstelle und vernäht jedes Lumen gesondert. Nur in einem von drei Fällen ein guter Verlauf. — Anderes (4) schuf stumpf einen Kanal zwischen Blase und Mastdarm bis ans Peritoneum, eröffnete das Abdomen und isolierte ein 25 cm langes Dünndarmstück, indem er rechts und links davon je 5 cm Darm resezierte, die er End zu Seit vor der isolierten Schlinge vereinigte; diese blieb also in Verbindung mit dem Mesenterium. Nach Durchstossen des Peritoneums wurde die Mitte der Schlinge an einem Faden in den neugeschaffenen Kanal gezogen, also gedoppelt (Vagina duplex), wobei das Mesenterium allerdings stark gespannt wurde. Sie wurde nach Schluss der Bauchhöhle an den Hymenrand angenäht (ein Fall mit ausreichender Funktion). — Ernst Ruge (32) schaltete mittelst Laparotomie ein 15 cm langes Flexurstück, das mit seinem Mesenterium in Verbindung blieb und provisorisch oben und unten vernäht wurde, aus. Vereinigung der Restflexuröffnung durch zirkuläre Naht. Durchstossen einer Kornzange von der Vulva aus „durch den Beckenboden" und Herunterziehen des ausgeschalteten Darmstückes bis vor die Vulva. Vereinigung seines oberen Endes mit dem Peritoneum des Beckenbodens, des unteren Endes an die Vulvarschleimhaut. Ein Fall mit gutem Erfolg operiert.

Einen Verschluss für äussere Hohlorganfisteln gibt Biesenberger (5) an. Zwei intrafaszial gelegte U-förmige Silberdrahtnähte, die sich kreuzen, legen die Fistelränder auseinander. Diese werden angefrischt und vernäht. 1—2 cm von der Anfrischung entfernt werden von Inzisionen aus zwei weitere sich kreuzende Nähte bogenförmig um die Fistel geführt und geknüpft.

Bei bindegewebig verdickter Wand von Mastdarmfisteln präpariert Stemmler (36) den Fistelgang und invaginiert ihn ins Rektum. Die dabei stumpf verdrängten Weichteile werden wieder genäht.

V.

Ovarien.

Referent: Dr. Adolf Meissner.

I. Abschnitt.

1. Anatomie, Physiologie, Biologie, Entwicklungsstörungen, Lagerungsfehler, Allgemeines über Ovarialerkrankungen.

(S. auch unter 1a.)

1. Adler, Leo, Keimdrüsen und Jod. (Pathol. Inst., Krankenhaus Schöneberg.) Zentralbl. f. Phys. Jg. 27. Nr. 16. p. 844/6. 1913. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 4. Heft 14. p. 662. (Kulturversuche an Batrachierlarven. Verf. kommt zu dem Schlusse, dass es sich um eine Störung der Spermatogenese durch das Jod handelt.)
2. Antonelli, G., Über den Einfluss der Ovariektomie auf das Blut. Experimentelle Untersuchungen. Il Policl. Nr. 3. (Experimente. Verminderung der Erythrozytenzahl und des Hämoglobingehaltes an Hündinnen; geringe Steigerung des Globular-

wertes; Verminderung der Widerstandsfähigkeit der Blutzellen; geringer Grad von Leukopenie. Nach zwei Monaten ist der alte Zustand wieder hergestellt.)

3. Aschner, B., Über Morphologie und Funktion des Ovariums. Hab.-Schr. Halle Febr. und Arch. f. Gyn. Bd. 102. Heft 3. p. 446—510. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 5. Heft 12. p. 578. (Der erste Teil enthält die Morphologie der sog. interstitiellen Eierstocksdrüse. Im zweiten Teil versucht Verf. mit Hilfe der Abderhaldenschen Reaktion die Abhängigkeit verschiedener klinischer Erscheinungen und Erkrankungsformen vom Ovarium und damit eine Dysfunktion des Ovariums nachzuweisen.)
4. Baussaud, Contribution à l'étude du prolapsus ovarien. Thèse de Lyon. 1913. Nr. 110. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 5. Heft 2. p. 62.
5. Benthin, Neuere Forschungsergebnisse über Eierstock und innere Sekretion. Gyn. Rundschau. Nr. 2. p. 76. (Sammelreferat.)
6. *— Eierstock und innere Sekretion. Ver. f. wiss. Heilk. Königsberg. 16. März. Deutsche med. Wochenschr. p. 1642.
7. — W., Ovarium und innere Sekretion. Therap. d. Gegenw. Nr. 5. p. 193. (Zusammenfassende Darstellung.)
8. Bertino, A., Sulla bilateralità dei tumori maligni dell' ovaio. (Clin. ostetr. e ginecol., univ. Sassari.) Ann. di ostetr. e ginecol. Jg. 35. Nr. 12. p. 637—731. 1913. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 4. Heft 7. p. 321.
9. Bondy, Gut ausgebildeter Graafscher Follikel im Ovar eines Neugeborenen. Berl. klin. Wochenschr. p. 1486. (Daneben noch zwei Primordialfollikel; aber keine Bildung eines Corpus luteum.)
10. Braswell, R. O., Cystic degeneration of the ovary. National selectic med. Assoc. quart. Vol. 5. Nr. 4. p. 298/300. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 5. Heft 14. p. 651. (Durch die Verlagerungen des Uterus, die bei diesen Erkrankungen fast niemals fehlen, kommt es zur Zirkulationsstörung in den Ovarien und weiterhin zur Zystenbildung.)
11. *Brill, W., Die Histologie des Sympathikus in ihren Beziehungen zur inneren Sekretion des Ovariums. Im Ärztl. Verein in Frankfurt a. M. Sitzg. vom 6. April. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 22. p. 1256.
12. *Cantoni, V., Untersuchungen über Ovarialblutungen. Aus der Frauenklinik von Prof. P. Strassmann, Berlin. Arch. f. Gyn. Bd. 103. Heft 3.
13. Cattaneo, Donato, Ricerche sulla struttura dell' ovario dei mammiferi. Arch. ital. di anat. e di embriol. Vol. 12. Nr. 1. p. 1—34. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 5. Heft 2. p. 61.
14. César, A., Appendicite calculeuse et greffe appendiculaire d'un kyste végétant de l'ovaire. Soc. anat. de Paris. I. Ann. de Gyn. II. Sér. Tome 11. p. 288. (Im Wochenbett operiert.)
15. *Cohn, Fr., Die klinische Bedeutung der normalen Eierstockstätigkeit. Im Ärztl. Verein in Frankfurt a. M. Sitzg. vom 20. April. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 24. p. 1368.
16. Colombino, C., Über Transplantation der Ovarien beim Menschen. Gyn. Rundschau. Nr. 23/24. p. 705. (Ein Fall; schmerzhafte Erkrankung der implantierten Ovarien; Ursache kleinzystische Degeneration; Exstirpation; keine Eibildung gefunden.)
17. *Dannreuther, Walter T., Corpus luteum Organotherapy in clinical practice. Journ. of Amer. med. Assoc. Jan. 31. p. 359.
18. Decio, Cesare, Emorragie ovariche nei miomi uterini. Ginec. Jg. 10. Nr. 21. p. 633/48. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 5. Heft 6. p. 257.
19. Dédoff, V., La fécondation dans le follicule de Graaf comme cause de la grossesse extra-utérine. Kystes de l'ovaire et grossesse tubaire. Wratsch. Gaz. 27. Okt. 1913. p. 1524. La Gyn. Janv. p. 74.
20. Delanoë, De la ponction des kystes de l'ovaire dystociques. Thèse de Montpellier. 1913. Nr. 68. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb., sowie deren Grenzgeb. Bd. 5. Heft 1. p. 18.
21. Domec, Des tumeurs kystiques de l'ovaire à contenu gazeux. Thèse de Bordeaux. 1913. Nr. 57. (Impr. de l'Université.) Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 4. Heft 6. p. 242. (Solche Zysten sind selten. Verf. hat in der Literatur nur 11 Fälle gesammelt seit 1860.)
22. Edelberg, H., Ein Ovarialbefund nach Röntgenbehandlung. Gyn. Rundschau. Nr. 4. p. 128. (43jähriges Fräulein, seit dem 37. Jahre starke und schmerzhafte Menses,

grosse Uterusmyome. Da chronische Nephritis besteht, keine Operation, sondern Röntgenbestrahlung 165 Minuten, 3 M.-Ampère, Röhre 9 Wehnelt hart, 2 mm Aluminiumfilter, Focus-Hautabstand 18 cm, 6 Felder. In mehreren Serien im ganzen 192 mal. 1½ Jahre Wohlbefinden. Dann wieder heftige Schmerzen und Blutung. Kastration. Danach Amenorrhoe und geringe Verkleinerung der Myome. Linkes Ovarium klein (1,85 : 1,0 : 0,8), rechtes 2,8 : 1,7 : 1,2 cm. Im linken Ovarium keine Graafschen Follikel. Primärfollikel spärlich, ihre Eizellen sind zerstört. Das Bindegewebe sklerotisch degeneriert. Im rechten Ovarium Graafsche Follikel. Neben wenig degenerierten auch anscheinend unveränderte Primärfollikel. Der Unterschied an beiden Ovarien wird darauf zurückgeführt, dass das rechte Ovarium in Verwachsungen hinter den Myomen lag, so dass es für die Röntgenstrahlen schwerer erreichbar war.)

23. Esler, Über die Dauerresultate der operativen Behandlung maligner Ovarialtumoren. Inaug.-Diss. Jena. April. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 19. p. 1083.

24. Fleischer, N. S., and L. Loeb, Effect of intravenous injection of substance affecting Tumor growth on Cyclic Changes in Ovaries and Placentomates. Journ. of exp. Med. XX. Nr. 2. (Experiment mit Hirudininjektion.)

25. Forners, Arturo, Di una forma ossea a curio dell' ovaio. (Knochenbildung im Ovar.) Fol. gyn. Vol. 8. Nr. 3. p. 395/424. 1913. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 4. Heft 10. p. 490.

26. Heimann, Die Wirkung gefilterter Mesothoriumstrahlen auf Kaninchenovarien. Berl. klin. Wochenschr. p. 1485. (Die beste therapeutische Einwirkung wurde bei Anwendung der Bleifilter gesehen. Annahme der Entstehung von Sekundärstrahlen im Blei.)

27. *Herrmann, Über eine wirksame Substanz im Eierstocke und in der Plazenta. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 41. Heft 1. p. 1—48.

27a. Herzfeld, A., Coitus interruptus als Ursache von Ovarialgien. Zentralbl. f. Gyn. Jg. 38. Nr. 19. p. 686. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 5. Heft 7. p. 310.

28. Hooper, J. W. Dunbar, Homoplastic transplantation of one ovary into a women suffering from amenorrhoea associated with insanity. Austral. med. Journ. Vol. 2. Nr. 122. p. 1297—99. 1913. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 4. Heft 4. p. 141. (Unter homoplastischer Transplantation versteht Verf. das, was allgemein mit heteroplastisch bezeichnet wird, also das Verpflanzen des Ovariums einer Frau in den Körper einer anderen.)

29. Hoskins and Wheelon, Ovarian Exstirpation and Vasomotor irridability. Amer. Journ. of Physiol. XXV. August. Nr. 1. (Experimente an Hunden. Es ergab sich gesteigerte vasomotorische Reaktion auf Nikotin, dagegen nicht auf Epinephrin. Verf. schliessen daraus auf Erhöhung des sympathischen Nervensystems.)

30. *Isovesco, Lipoides Homo-Stimulants de l'ovaire et du Corps jaune. Revue de Gyn. et de Chir. Tome 22. Nr. 3. p. 161. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 5. p. 108.

31. *Jakobsohn, W. L., Zustand der Eierstöcke nach Uterusexstirpation. Journ. f. Geb. u. Gyn. p. 709. (Russisch.) Zentralbl. f. Gyn. Nr. 28. p. 1014. (Rindenschicht schmäler als normal, weniger zahlreiche Follikel, recht zahlreich sind atretische Follikel. Bindegewebe reichlich. Es funktioniert also der Eierstock weiter, doch schwächer, allmählich tritt ein Schrumpfungsprozess ein.)

32. *Jong, de, L'ovaire chez les fibromateuses. Annal. de gyn. Juin. p. 357. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 52. p. 1524.

33. *Kingsbury, B. F., The interstitial cells of the mammalian ovary. Felis domestica. Amer. Journ. of Anat. Vol. 16. Nr. 1. p. 59—95. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 5. Heft 2. p. 61.

33a. Klein, M., Gleichzeitiges Vorhandensein einer Mole mit Kolloidzysten beider Ovarien Ges. f. Gyn. d. Nordwesten Deutschl. Sitzg. vom 7. Febr. La Gyn. Avril. p. 296.

34. Köhler, R., Graviditas ovarialis. Gyn. Rundschau. Heft 7—16. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 48. p. 1456. (Gravidität im Follikel, und zwar im Blute des gesprungenen Follikels bzw. Corpus rubrum. Ein Fall.)

35. Kosmak, George W., Die Bedeutung von Ovarialerkrankung für die Erzeugung der Sterilität. Monthly cyclop. and med. bull. April. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 39. p. 1279. Zeitschr. f. Geb. p. 1272. (Zystische Degeneration eines Ovariums eine häufige Ursache der Sterilität; 45 einschlägige Fälle, von denen nur 19 ohne Erfolg operiert wurden.)

36. Kulesch, L., Der Netzapparat von Golgi in den Zellen des Eierstocks. (Med. Hochschule f. Frauen, St. Petersburg.) Arch. f. mikrosk. Anat. Abt. 1. Bd. 84. Heft 1. p. 142/9. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 4. Heft 9. p. 444.

37. Lydston, G. F., Experimentelle Implantation von Generationsdrüsen. Pacif. med. Journ. 1914 Juli. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 52. p. 1523. (Ersatz der Geschlechtsdrüsen durch solche von frisch Verstorbenen.)

37a. Mayer, Über den Einfluss des Eierstocks auf das Wachstum des Uterus in der Fötalzeit und in der Kindheit. Mittelrhein. u. Oberrhein. Ges. f. Geb. u. Gyn. Sitzg. vom 26. Okt. 1913. Heidelberg. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 17. p. 629. (Aus Tierexperimenten [Kastration von jungen Hündinnen in verschiedenen Stadien des Körperwachstums und Relaparotomie bzw. Totalexstirpation des Uterus vor Abschluss des Körperwachstums] wird geschlossen, dass ebenso wie im fötalen Leben in der Kindheit das Uteruswachstum nicht abhängig vom Eierstock ist.) (Heimann.)

38. Meyer, Robert, Zur normalen und pathologischen Anatomie des Markepithels und des Rete ovarii beim Menschen. Studien zur Pathologie der Entwicklung von Meyer und Schwalbe. Bd. 2. Heft 1. Zentralbl. f. Gyn. 1915. 2, 23.

39. Michalowski, J. O., Ein Beitrag zur Lehre von den Call-Exnerschen Körpern. Diss. Moskau. (Russisch.) Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 4. Heft 10. p. 490.

40. Osnos, Destinées des segments ovariens laissés en place après l'hystérectomie. Thèse de Montpellier. Nr. 10. (Univ.) Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 5. Heft 2. p. 62.

41. Palmer, Chancey D., Prolapse of the ovary, its rational management. Amer. Journ. of the med. scienc. Vol. 147. Nr. 4. p. 561/68. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 5. p. 360/1. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 28. p. 1014. (Öfters ist das linke Ovarium betroffen, weil sich die linke Vena spermatica rechtwinklig in die Vena renalis entleert. Ursachen: Vergrösserung des Ovariums, Erschlaffung der Bänder, erhöhter abdomineller Druck, abnormer Zug von unten. Symptome: Rückenschmerzen, Ziehen im Leibe, Schmerzen bei der Defäkation und bei der Kohabitation, Menorrhagie, Dysmenorrhoe. Therapie: strenge Regelung des Stuhlgangs, Knieellenbogenlage, Glyzerintampons. Operation, eventuell Elektrizität.)

42. Piccione, Einfluss der inneren Ovariensekretion auf das Blut. Riv. osped. Nr. 14. (Innere Sekretion des Ovarium hat Einfluss auf Blutbeschaffenheit, da Exstirpation Anämie bewirkt; innere Sekretion bewirkt Reiz der blutbildenden Organe; Vermehrung des Hämoglobingehaltes und Erhöhung der Widerstandsfähigkeit der Erythrozyten.)

43. Poncet, A., et R. Leriche, Du rôle de la tuberculose dans la production des néoformations kystiques. Lyon chir. Tome 11. Nr. 1. p. 1—10. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 4. Heft 14. p. 662.

44. *Reifferscheid, Die Einwirkung der Röntgenstrahlen auf tierische und menschliche Eierstöcke. 10. Kongr. d. deutsch. Röntgen-Ges. in Berlin vom 19.—21. April.

45. *Rouville, de, Considérations sur quelques observations des greffes ovariennes. Réunion obst. de Montpellier. 4 Févr. Bull. de la soc. d'obst. Mars. p. 242. La Gyn. Avril. p. 282. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 5. Heft 4. p. 163.

46. — Un cas d'autogreffes ovariennes humaines. Bull. de la soc. d'obst. et de gyn. de Paris. Jg. 2. Nr. 9. p. 823/27. 1913. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 4. Heft 13. p. 612. (Siehe Jahresbericht 1913. p. 74. Nr. 64.)

47. — A propos de neuf observations d'autogreffes ovariennes humaines. Arch. mens. d'obst. et de gyn. Jg. 3. Nr. 2. p. 161/78. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 4. Heft 12. p. 572/73. (Einbettung des Ovarium unter die Haut der Bauchwunde: nur eine von neun Frauen hatte Nutzen davon.)

48. Saxon, R. L., Follicular cysts of the ovary. Journ. of the Arkansas med. soc. Vol. 10. Nr. 10. p. 246/248. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 5. Heft 11. p. 506. (Zwei Fälle. Für die Pathogenese dieser Degeneration macht Verf. vor der Pubertät die allgemeinen akuten Infektionskrankheiten, später gonorrhoische und puerperale Infektionen verantwortlich.)

49. Sessa, Piero, Sulle alterazioni dell' ovaio infantile nelle malattie infettive. Pediatria. Jg. 22. Nr. 4. p. 255/62. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 5. Heft 7. p. 310.

50. Schil, L., Grossesse tubaire et évolution atypique du corps jaune. Etiologie des grossesses tubaires. Arch. mens. d'obst. et de gyn. Févr. La Gyn. Mai.

51. Schmincke, Ovarialgeschwülste. Münchn. gyn. Ges. Sitzg. vom 20. Nov. 1913. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. Heft 6. p. 840. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 5. Heft 9. p. 422. (Vier Fälle.)

52. Suggs, L. A., Ovarian neuralgia. Texas State Journ. of Med. Vol. 9. Nr. 8. p. 245/6. 1913. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 4. Heft 7. p. 320.
52a. Thévenard, Ovarite scléro-kystique. Soc. d. chir. de Paris. 24 Avril. Paris chir. Jg. 6. Nr. 4. p. 473/76. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 5. p. 621.
53. *Tschernischoff, A., Die Eierstocksüberpflanzung, speziell bei Säugetieren. Zieglers Beitr. Bd. 59. Heft 1. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 52. p. 1523. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 5. Heft 14. p. 650. Beitr. z. pathol. Anat. u. z. allg. Pathol. Bd. 59. Heft 1. p. 162/206.
54. Tuffier, Louis Géry und Vignes, Anatomische Studie über die Involution eines überpflanzten Ovariums. Ann. de gyn. et d'obst. Févr. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 39. p. 1279. (S. Jahresbericht 1913. p. 75. Nr. 77.)
55. *Tuffier et Vignes, Etude anatomique des quatre greffes ovariennes chez la femme. Ann. de gyn. et d'obst Jg. 41. Nr. 2 p. 92—96. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 5. Heft 2 p 61.
56. Varaldo, F. R., Ricerche sperimentali sulle modificazioni delle ovaia con le injezioni ripetute di adrenalina Gin. mod. Jg. 6. p. 48/53. 1913. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 5. Heft 5. p. 206.
57. Vignes, Henri, Influence de la lécithine et de la cholestérine sur la toxicité des oeufs et des ovaires. Ann. de l'instit. Pasteur. Jg. 28. Nr. 4. p. 437/40. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 5. Heft 11. p. 506.
58. Wallart, J., Studien über die Nerven des Eierstocks mit besonderer Berücksichtigung der interstitiellen Drüse. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 76. Heft 2. (Untersuchungen menschlicher und tierischer Ovarien. Der Beweis, dass es sich um echte Ganglienzellen handelt, ist nicht erbracht.)
59. v. Werdt, F., Über die Granulosazelltumoren des Ovariums. Zieglers Beitr. Bd. 59. Heft 3. Zentralbl. f. Gyn. 1915. Nr. 2. p. 25. (Es sind diejenigen epithelialen Geschwülste des Eierstocks, deren Zellen dem Epithel der Eiballen, der Membrana granulosa fertiger Follikel, sowie der von Walthard beschriebenen Granulosastränge ähneln.)
60. *Weinberg, Benjamin, Über das Vorkommen von Jod und Chlor in menschlichen Ovarien. Med. Klin., Univ. Zürich. Beitr. z. Geb. u. Gyn. Bd. 19. Heft 2. p. 222 bis 235. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 4. Heft 13. p. 611. — (Nachprüfung der Neuschen und Zoeppritzschen Untersuchungen an 54 Paar frischen Leichenovarien. Resultat der Untersuchungen eine Bestätigung der Zoeppritzschen Angaben unter Verneinung der Neuschen.)
61. Weishaupt, Elisabeth, Über die pathologischen Veränderungen des Rete und der Markschläuche im Ovarium der Meerschweinchen mit einem Abriss der vergleichenden Entwicklung und Anatomie dieser Organteile. Studien zur Pathologie der Entwicklung. Bd. 2. Heft 1. Zentralbl. f. Gyn. 1915. Nr. 2. p. 23.
62. Witschi, Emil, Experimentelle Untersuchungen über die Entwicklungsgeschichte der Keimdrüsen von Rana temporaria. Arch. f. mikrosk. Anat. Bd. 85. Heft 2. Abt. 2. p. 9—113. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 5. Heft 14. p. 650.
63. Wymer, T., Über die Theorie des Hippokrates von der geschlechtlichen Differenzierung der Eierstöcke. Inaug.-Diss. München 1913.
64. Zaher, Contribution à l'étude des greffes ovariennes. Thèse de Montpellier. 1913. Nr. 14. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 5. Heft 2. p. 62.

Anatomie der Ovarien.

Kingsbury (33) hat 63 Katzenovarien untersucht. Die interstitiellen Zellen sind nach Kingsbury modifizierte Stromazellen, sie sind als transitorische Gebilde anzusehen.

Cantoni (13) hat neun Fälle von Ovarialblutungen mikroskopisch untersucht. Er kommt dabei zu dem Schluss, dass es nicht möglich ist, für die verschiedenen Ovarialblutungen eine gemeinsame Grundlage zu finden.

De Jong (32) berichtet über die Beschaffenheit der Ovarien bei Myomen. Die interstitielle Drüse ist bei Myomen sehr verschieden entwickelt, sowohl in bezug auf Zahl der atretischen Follikel, als auch der Anwesenheit des Corpus luteum menstruationis. Letzteres kann fehlen, es kann auch doppelt vorhanden

sein. Es unterscheidet sich nicht vom Corpus luteum menstruationis gesunder Frauen. Die Ovarien spielen zweifellos eine Rolle bei den myomatösen Blutungen. Waren ein oder zwei Corpora lutea vorhanden, so traten die Blutungen in regelmässigen Zwischenräumen auf; fehlten sie, so waren die Blutungen unregelmässig.

Jakobson (31) hat mikroskopische Untersuchung der Ovarien 3 resp. 3½ Jahre nach Exstirpation des Uterus angestellt; Verengerung der Rindenschicht, normale Primordialfollikel, alle Übergangsstadien zum Graafschen Follikel, sowie gut entwickelte Corpora lutea. Zahl der Primordialfollikel gegenüber der Norm anscheinend vermindert; er fand massenhaft atretische Formen. Also trophische Störungen.

Veränderungen nach der Bestrahlung.

Reifferscheid (44) bespricht in einem Referat auf dem Röntgenkongress die Veränderungen, welche unter dem Einfluss der Röntgenstrahlen an den Ovarien von Menschen und Tieren zustande kommen. Stets sind schwere Degenerationserscheinungen an den Follikeln vorhanden, die schliesslich zu einem völligen Schwund führen. Der Beginn der Degeneration scheint an den Eizellen selbst vor sich zu gehen. Erst bei grossen Dosen finden sich Schädigungen an den übrigen Geweben des Ovariums. Diese Veränderungen finden sich in gleicher Weise bei kleineren Versuchstieren wie Mäusen, Meerschweinchen und Kaninchen, als auch bei grösseren, wie Hunden und Affen und schliesslich auch beim Menschen. Das Vorkommen einer Regeneration röntgengeschädigter Ovarien wird in Abrede gestellt.

Transplantation der Ovarien.

de Rouville (45) berichtet über die Ergebnisse von neun Ovarientransplantationen. Nur einmal war der Erfolg gut, einmal zweifelhaft und einmal zwar günstig, aber nur von kurzer Dauer. Anatomisch trat mit Ausnahme eines Falles stets mehr oder weniger schnell Atrophie des transplantierten Ovariums ein. In diesem Falle bestand 18 Monate nach der Transplantation noch funktionierendes Ovarialgewebe. Doch machten sich auch hier schon Zeichen der Degeneration geltend.

Tschernischoff (53) berichtet über die Eierstocksüberpflanzung speziell bei Säugetieren: Durch Autoplastik und Homoioplastik wurden, zumal beim geschlechtsreifen Kaninchen, die Eierstöcke in operativ angelegte Bauchfelltaschen verpflanzt. Ergebnis des ersten Verfahrens: Anheilung am neuen Ort, viele Primärfollikel normal, Zwischenzellen zum Teil von völlig normalem Bau, zum Teil mit zahlreichen Regenerationserscheinungen. Beim zweiten Verfahren weit stärkere Schädigung und früherer Untergang.

Intraperitoneale Vorbehandlung des Transplantatempfängers mit Kaninchenleberbrei (also organfremdem, artgleichem Gewebe) zeigte einen unbedingt schädigenden Einfluss auf die später überpflanzten Eierstöcke. Überpflanzung der Eierstöcke so vorbehandelter Kaninchen (also Vorbehandlung der Transplantatspender) ergab keinen stärkeren Unterschied gegenüber der einfachen Homoioplastik. Es folgen Angaben aus der Literatur über heteroplastische und über homoioplastische Eierstocksüberpflanzung in Männchen.

Tuffier und Vignes (54) geben eine anatomische Studie über Ovarientransplantation. Von 141 Frauen, bei denen Ovarien verpflanzt worden waren, wurden vier wieder operiert und die dabei erhaltenen Ovarien mikroskopisch untersucht. Zunächst ernährt sich das Ovarium durch Imbibition mit transsudierter Flüssigkeit aus dem Nachbargewebe. Es kommt zur Degeneration des medullären Teils und der reiferen Follikel. Nur die Primordialfollikel widerstehen.

Später kommt es zur Gefässneubildung; eine Volumensverminderung des Ovarium bleibt aber bestehen. Die Pflügerschen Schläuche entwickeln sich weiter.

Innere Sekretion.

Herrmann (27) bespricht nach Allgemeinbetrachtungen über die Funktion der weiblichen Keimdrüsen, wobei er die Forschungsergebnisse der einzelnen Autoren zusammenfassend wiedergibt, die Wirkungen der Ovarial- und Plazentarextrakte. Seine vor vier Jahren begonnenen Versuche bezweckten, die wirksamen Reizstoffe des Ovarium resp. des Corpus luteum auf biochemischem Wege zu studieren. Er trennte prinzipiell die Corpora lutea vom Eierstock und unterzog einerseits Ovarialextrakte und andererseits reine Corpus luteum-Extrakte der Untersuchung. Nach chemischen Allgemeinbetrachtungen über azetonige, petrolätherische und alkoholische Extraktion beschreibt Herrmann die Darstellung der wirksamen Substanz. Der Träger der Wirksamkeit ist ein gelbes, leicht schillerndes, dickflüssiges Öl, das ausgesprochene Cholesterinreaktion gibt. Dieselbe wirksame Substanz ist auch in der Plazenta enthalten. Nur enthält eine Plazenta quantitativ mehr wirksamen Reizstoff als ein Corpus luteum. Tierexperimente haben seine Forschungen bestätigt.

Herrmann kommt zu folgenden Schlusssätzen:

1. Es ist gelungen, den wirksamen Reizstoff aus Corpus luteum und aus der Plazenta als chemisches Einzelindividiuum abzusondern.
2. Die aus Corpus luteum und Plazenta isolierte wirksame Substanz hat einen mächtigen wachstums- und entwicklungsfördernden Einfluss auf das gesamte Genitale.
3. Die aus Corpus luteum und Plazenta isolierte wirksame Substanz beeinflusst die Ausgestaltung spezifischer Geschlechtscharaktere in förderndem Sinne.
4. Die wirksame Substanz des Corpus luteum und der Plazenta sorgt für die anatomische Integrität des Genitalapparates und der Brustdrüsen.
5. Die wirksame Substanz des Corpus luteum und der Plazenta bewirkt die für Brunst resp. Anfangsstadien der Gravidität charakteristischen Genitalveränderungen.

Brill (12) erörtert die klinischen Beziehungen der Organe mit innerer Sekretion untereinander und ihre besondere Beeinflussung durch nervöse Erregungen, auch von der psychischen Seite her. Die spezielle Bedeutung der innersekretorischen Anteile des Ovariums darin führt er in den einzelnen Organ- und Stoffwechselbeziehungen näher aus.

Cohn (16) weist hin auf die neuerdings erforschte innersekretorische Tätigkeit der drüsigen Elemente des Eierstocks, nämlich des Corpus luteum und der interstitiellen Eierstocksdrüse. Weiter würdigt er die klinische Bedeutung des Follikels, die darin liegt, dass durch ihn eine Kommunikation zwischen dem Peritonealraum und dem Innern des Eierstocks hergestellt wird, wodurch 1. intraperitoneale Blutungen entstehen können, 2. Infektionen des Ovariums herbeigeführt werden können, 3. eine metastatische Karzinombildung im Ovarium bei primären Magendarmkrebsen möglich ist.

Isovesco (30) hat auf eine nicht näher angegebene Weise aus dem Alkoholextrakt von Ovarien und Corpus luteum allein ein Lipoid dargestellt.

Das Lipoid aus dem Ovarium hatte, Kaninchen injiziert, eine spezifische Wirkung auf das Ovarium und das übrige Genitale. Der Uterus sowohl wie die Ovarien der Versuchstiere wurden nach einer ziemlich grossen Anzahl von Injektionen einer öligen Lösung dieses Lipoides 2—3 mal so gross als die der Kontrolltiere.

In therapeutischer Hinsicht hat er angeblich am Krankenmaterial sehr gute Erfolge erzielt, und zwar bei Amenorrhoe, einer Krankheit, bei welcher

er die Injektion seines Extraktes geradezu als Prüfstein bezeichnet, ob die Amenorrhoe eine ovarielle ist oder nicht. Auffallende Resultate will er dann weiter erzielt haben bei Dysmenorrhoe und allen sowohl auf Hypofunktion als auf Funktion der Ovarien beruhenden Störungen des weiblichen Organismus. Die Injektionen wurden manchmal nicht gut vertragen, im allgemeinen waren keine üblen Nebenerscheinungen zu verzeichnen.

Der auf dieselbe Weise wie aus dem Ovarium hergestellte Lipoidextrakt des Corpus luteum soll bei Kaninchen eine schnellere Involution des puerperalen Uterus herbeiführen können.

Den Extrakt, den er mit dem aus den Ovarien für prinzipiell identisch hält, hat er analog dem Tierexperiment leider nicht zur schnelleren Involution des menschlichen puerperalen Uterus anwenden können. Die Fälle der Behandlung beim Menschen erstrecken sich auf Amenorrhoe, Schwangerschaftserbrechen und ovariprive Erscheinungen. Überall soll das Lipoid geradezu erstaunliche Wirkungen hervorgebracht haben.

Als besonders bemerkenswert führt er einen Fall von mit Amenorrhoe kombinierter Epilepsie an. Dieser soll nach Injektion seines Corpus luteum-Lipoides nahezu geheilt worden sein.

Organotherapie.

Benthin (7) empfiehlt Corpus luteum-Extrakt bei frühzeitigem Klimakterium und Dysmenorrhoe etc. zu verabfolgen, wie man dazu gekommen ist, Hypophysenpräparate bei anhaltenden Blutungen und Ovarienpräparate bei Akromegalie zu geben.

Dannreuther (18) bringt Corpus luteum-Extrakt zur Anwendung bei Amenorrhoe, Dysmenorrhoe, klimakterischen Beschwerden, Sterilität, Ovariotomie, habituellem Abort und Hyperemesis. Er muss hergestellt werden aus Corpora lutea vera, wenn Erfolge erzielt werden sollen. In einem Falle gelang es, nach Kastration durch Darreichung von Corpus luteum-Extrakt die Menstruation wieder herbeizuführen.

1a. Corpus luteum.

1. Aschner, B., Über die interstitielle Eierstocksdrüse der Säugetiere und des Menschen. Verh. d. Ges. f. Geb. u. Gyn., Berlin. Sitzg. vom 28. Nov. 1913. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 76. Heft 1. p. 304—311. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 5. Heft 13. p. 620/621. (Eingehende mikroskopische Untersuchungen an Eierstöcken von Tieren und Menschen.)
2. Fenger, Frederic, Distinction between the corpus luteum of ovulation and the true corpus luteum of pregnancy. Journ. of the Amer. med. Assoc. Vol. 62. Nr. 16. p. 1249/50. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 5. Heft 5. p. 206. (Untersuchungen an Ovarien von trächtigen und nichtträchtigen Kühen.)
3. *Marcotty, A., Über das Corpus luteum menstruationis und das Corpus luteum graviditatis. (Ein Beitrag zur Lehre von der Ovulation und Menstruation.) Arch. f. Gyn. Bd. 103. p. 63. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 44. p. 1386.
4. Pardi, Ugo, Sulla funzione endocrina dell' ovaio durante la gravidanza. Istit. di patol. gen., univ., Pisa. Sperimentale. Jg. 68. Heft 2. p. 183/206. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 5. Heft 13. p. 621.
5. Rechl, Blasenmole, Eierstock und Corpus luteum. Diss. München 1913. (Ein Fall mit doppelseitigem Ovarialtumor. Operation. Abortus der Blasenmole tags darauf.)
6. *Seitz, L., Wintz, H., und L. Fingerhut, Über die biologische Funktion des Corpus luteum, seine chemischen Bestandteile und deren therapeutische Verwendung bei Unregelmässigkeiten der Menstruation. Münchn. med. Wochenschr. p. 1657 ff. u. p. 1734 ff. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 47. p. 1431. Berl. klin. Wochenschr. p. 1440.

7. Sokoloff, E., L'ablation du corps jaune au debut de la grossesse expose-t-elle à l'avortement? Thèse de Paris 1913. (Statistische Begründung der Lehre der Unschädlichkeit der Entfernung des Corpus luteum in der Schwangerschaft.)
8. Wallart, J., Über Frühstadien und Abortivformen der Corpus luteum-Bildung. (Aus dem Frauenspital Basel. Direktor: Prof. Dr. O. v. Herff.) Arch. f. Gyn. Bd. 103. Heft 3.
9. Wintz, H., und L. Fingerhut, Corpus luteum und Blutgerinnungszeit mit Demonstration eines neuen Apparates zur Blutgerinnungsbestimmung. Bayr. Ges. f. Geb. u. Gyn. Sitzg. vom 25. Jan. in Nürnberg. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 30. p. 1075.
10. *Young, James, Uterine haemorrhage of Ovarian origin. Including a discussion on the physiology and pathology of the corpus luteum. Transact. of the Edinburgh obst. soc. Vol. 38. p. 140/157. 1913. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 4. Heft 3. p. 109.

Seitz, Wintz und Fingerhut (6) stellen über die biologische Funktion des Corpus luteum folgende Sätze auf:

Die Menstruation hängt von der Funktion des Corpus luteum ab. Das Corpus luteum enthält zwei Körper. Der eine ist das Luteolipoid, das blutungshemmende Eigenschaften hat und subkutan vor und während der Menses einverleibt die Blutung vermindert und abkürzt.

Der zweite Körper ist das Lipamin, ein Lipoproteid, und zwar ein Lezithalbumin. Es bewirkt im Tierexperiment ein beschleunigtes Wachstum der Genitalien, beim Weibe lässt sich durch subkutane Einspritzung bei Amenorrhoischen die Menstruation herbeiführen. Das Luteolipoid und das Lipamin sind Antagonisten und regulieren den Ablauf der Menstruation.

Therapeutisch wirkt das Luteolipoid vorzüglich bei Pubertätsblutungen und bei Menorrhagien ohne organische Grundlage. Bei klimakterischen Blutungen wirkt es nur, wenn die Blutungsgerinnung verlangsamt ist. Wirkungslos ist die Injektion bei Blutungen auf entzündlicher Grundlage. Bei Myomen tritt sogar eher eine vorübergehende Verstärkung der Blutung ein. Bei Dysmenorrhoen, die mit stärkeren Blutungen einhergehen, hat das Luteolipoid günstige Einwirkung auf die Schmerzen.

Das Lipamin vermag, genügend lange angewendet, bei Amenorrhoischen die Menstruation herbeizuführen. Es ist berechtigt, den Versuch zu machen, die Hypoplasie der Genitalien durch längerdauernde Einspritzung des Lipamins zu beheben. Es scheint, dass bei Dysmenorrhoen mit zu geringer Blutung das Lipamin, vor der Periode eingespritzt, die Schmerzen zu lindern und zu beseitigen vermag.

Marcotty (3) hat eine grössere Reihe von Corpora lutea menstruationis und graviditatis untersucht und hat versucht, Unterschiede zwischen beiden festzustellen. Zusammenfassende Darstellung seiner Untersuchungsergebnisse.

Young (10) möchte als Quelle des Ovarialhormons, welches sowohl die histologischen Veränderungen in Uterus und Ovarium während der Menstruation, als auch die Bildung der Zwischenzottenbluträume um das implantierte Ei bewirkt, die Zellen des Graafschen Follikels ansehen, deren exzessive Sekretion dann die pathologischen Blutungen sowohl in die Uterusmukosa, wie auch in die Ovarialsubstanz bedingt.

2. Kastration und erhaltende Behandlung.

1. Bonnaud, Contribution à l'étude des opérations conservatrices dans la tuberculose annexielle de la femme. Thèse de Lyon. 1913. Nr. 79. Zentralbl f d ges. Gyn. u. Geb. Bd. 5. Heft 2. p. 62. (Konservative Operation bei Adnextuberkulose.)
2. *Bovis, R. de, Uterusexstirpation mit oder ohne Erhaltung der Ovarien. Sem. méd. Nr. 9.
3. Jacobs, Quelques observations relatives aux suites tardives d'opérations conservatrices, des annexes (pièces anatomiques). Bull. de la soc. belge de gyn. et d'obst.

Tome 24. Nr. 6. p. 334. 1913. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 4. Heft 8. p. 400/401. (Kasuistische Mitteilung von vier Fällen. In zweien sah sich Verf. genötigt, der Resektion des zystisch degenerierten Ovariums später die Exstirpation folgen zu lassen. Ferner musste er in einem Falle nach Ignipunktur später die Resektion machen.)

4. Rouville, de, Valeur actuelle de la castration ovarienne dans les hémorragies des fibro-myomes (opération de Hégar). Réunion obst. et gyn. de Montpellier. Séance du 4 Févr. La Gyn. Avril. p. 280.
5. Simpson, A. P., Unusual symptoms after oophorectomy. Liverpool med. chir. Journ. XXXIV. p. 357. (Multiple Gelenkaffektion nach Kastration; Besserung durch Schilddrüsenpräparat. Annahme von Kalkmangel. Calcium lacticum und Pituitrin gegeben, langsame Besserung.)

De Bovis (2) vertritt den Standpunkt, dass man bei Totalexstirpationen radikal vorgehen und nicht besonderen Wert auf die Erhaltung eines Ovariums zur Verhinderung von Ausfallserscheinungen legen solle.

3. Entzündliche Erkrankungen.

1. Burdtinsky, T. A., Die chirurgische Behandlung der entzündlichen Adnexerkrankungen. Journ. f. Geb. u Gyn p 747. (Russisch.) Zentralbl. f. Gyn. Nr. 28. p. 1015. (Material von 1400 Kranken, davon 346 operiert.)
2. Delaunay, E., Abcès de l'ovaire. Soc. des chir. de Paris. 20 Mars. Presse méd. Nr. 27. p. 259. (Ovarialabszess von Kindskopfgrösse, der ein Fibrom vorgetäuscht hatte.)
3. Favreaux, Suppurations des sacs herniaires et salpingo-ovarites. Thèse Bordeaux. 1913. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 4. Heft 6. p. 242.
4. Grosse, Haematoma ovarii. Inaug.-Diss. Berlin. März.
5. Jellett, H, Two cases of genital tuberculosis: a) of tubes, uterus and rectum; b) of tubes, with carcinoma of ovary. Transact. of the roy. acad. of med. in Ireland. Vol. 31. p. 400/402. 1913. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 4. Heft 8. p. 398.
6. Maier, F. Hurst, Posttyphöse Vereiterung einer Ovarialzyste infolge Infektion mit dem Typhusbazillus Eberth. Amer. Journ. of Obst and Dis. of Women and Childr. May. .Zentralbl. f. Gyn. Nr. 47. p. 1433.
7. Meyer, Robert, Beiträge zur pathologischen Anatomie des Ovariums. Oophoritis. Verh. d. Ges. f. Geb. u. Gyn., Berlin. Sitzg. vom 11. Juli 1913. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 75. Heft 3. p. 761—763. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 5. Heft 3 p. 108. (Fall von Oophoritis folliculorum apostematosa acuta nach septischem Abort, in dem fast ausschliesslich die Follikel und ihre nächste Umgebung befallen sind.)
8. Orthner, Ovarialzyste. Verein d. Ärzte in Oberösterr. 8. Jan. Wiener klin. Wochenschrift. Nr. 21. p. 734. (38jährige Patientin mit Ovarialkystom von Kindkopfsgrösse. Von der Zyste gingen Stränge aus, die nach der Leber und der vorderen Bauchwand hinliefen. Tuberkulose.)
9. Péraire, Maurice, Gros abcès coli-bacillaire de l'ovaire gauche. Soc. de chir. de Paris. Séance 27 Mars. Paris chir. Jg. 6. Nr. 4. p. 449/450. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 5. Heft 14. p. 651. (Ein Fall.)
10. Pollosson et Violet, Les productions kystiques de l'ovaire liées à la tuberculose: Tuberculose inflammatoire de l'ovaire. Lyon chir. Tome 10. Nr. 4. Oct. 1913. La Gyn. Janv. p. 66. (Die Verf. unterscheiden: 1. die zystischen Erkrankungen des Ovariums, verbunden mit Tuberkulose der Tube oder des Peritoneums. 2. Desgl. mit Resten von Tuberkulose der Tube oder des Peritoneums. 3. Desgl. verbunden mit Tuberkulose anderer Organe. Sie meinen aber, dass ovarielle Veränderungen zystischer Art durch Tuberkulose in der Nachbarschaft oder in entfernten Organen entstehen können. Die Verfasser wenden sich gegen die von Poncet und Leriche vertretene Ansicht, dass eine bestimmte Anzahl von Ovarialzysten tuberkulösen Ursprungs sind.)
11. Rettger, Leo F., Ovarian infection in the domestic fowl and direct transmission of disease to the offspring. Sheffield scientific school, Yale univ., New Haven. Journ. of exp. med. Vol. 19. Nr. 6. p. 552/561. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 5. Heft 13. p. 621.

12. Strouse, Lee, Ovaritis. National eclectic med. assoc. quart. Vol. 5. Nr. 4. p. 325/327. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 5. Heft 12. p. 579.
13. Todorsky, La tuberculose de l'ovaire. Thèse de Montpellier. 1913. Nr. 18. (Univ.) Zentralbl. f. d ges. Gyn. u. Geb. Bd. 5. Heft 3. p. 109.

II. Abschnitt. Neubildungen der Ovarien.

4. Anatomie und Histogenese. Allgemeines über Neubildungen und Ovariotomie.

1. Kent, W. C., A case of Ovarian cyst of rapid growth. Denver med. Times. Vol. 33. Nr. 11. p. 432. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb Bd 5. Heft 8. p. 361.
2. Maccabruni, Francesco, Metaplasia dell' epitelio di rivestimento di un cistoma ovarico. Ann. di obst. e gin. Jg. 36. Nr. 2. p. 126—134. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 5. Heft 2. p. 62. (Einkammerige Ovarialzyste mit papillären Auflagerungen auf der Innenwand.)
3. Miller, F., Über ein primäres Chorionepitheliom des Ovariums. Klinischer Beitrag mit Bildern. Diss. München.

5. Operationstechnik.

1. *Freund, H., Eine neue Methode der Ovariotomie. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 28. p. 985 bis 988.
2. *Goldspohn, Resection of ovaries. Amer. Journ. of Obst. Dec. p. 934.
3. Pichevin, R., Le docteur Koeberle et son oeuvre. Strassburg. (Lebensgeschichte Koeberles, der als erster auf dem Kontinent grössere Reihen von Ovarialkystomen mit Erfolg operierte. Er erzielte die Erfolge durch Blutstillung mittelst Klemmzangen und aseptischer Wundbehandlung.)
4. Pollosson et Mazet, Kystes de l'ovaire bilatéraux chez une jeune femme. Indications opératoires. Soc. des scienc. méd. de Lyon. Séance du 7 Janv. La Gyn. Févr. (21 jährige Frau, drei Monat verheiratet. Rasches Wachstum (sechs Monate). Grosse rechtsseitige Ovarialzyste und etwa mandarinengrosse linksseitige, beide mit mukoidem Inhalt, also maligne Zysten. Zwei Klemmen wurden einige Millimeter vom Hilus angelegt und so ein kleines Stück Ovarium erhalten. Pollosson beobachtet die Kranke weiter hinsichtlich ihrer Menstruation, etwaiger Schwangerschaft und der Möglichkeit eines Rezidivs.)
5. Rouville, de, 9 observations on ovarian autografts in women. Arch. mens. d'obst. et de gyn. II. (Einbettung des Ovarium unter die Haut der Bauchwunde; nur eine von neun Frauen hatte Nutzen davon.)

Freund (1) ist bestrebt, auch bei grösseren Neubildungen Reste normalen ovulierenden Stromas rasch aufzufinden und zu konservieren, also das Ovarium zu resezieren. Er kommt zu dem Schluss: Funktionsfähiges Ovarialgewebe liegt bei Eierstockstumoren gewöhnlich in der Nähe der Stieleinpflanzung, also an der Geschwulstbasis, kann aber selbst bei sehr grossen Kystomen an jeder Stelle der Wandung, selbst am oberen Pol sich finden.

Als Operationsmethode empfiehlt Verfasser die mediane Tumorspaltung, die er näher beschreibt. Die Bedingungen für die Operation sind die gleichen wie für die übrigen Resektionsmethoden: Geschlechtsreife und gutartige Tumoren.

Goldspohns (2) Behandlung geht von zwei Gesichtspunkten aus:

1. Krankhaftes bei der Zystenbildung zu beseitigen,
2. das Ovarium möglichst seinem Zweck zu erhalten. Angabe der Technik.

6. Schwierige Fälle. Übergrosse Tumoren.

1. Albrecht, Riesenkystom. Münchn. gyn. Ges. Sitzg. vom 20. Nov. 1913. Monatsschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. Heft 6. p. 842. (Vereitertes pseudomuzinöses Riesenkystom. Exstirpation, Heilung.)
2. Chambers, A. J., A case of gangrenous ovarian cyst. Journ. of the roy. army med. corps. Vol. 22. Nr. 5. p. 591/592. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 5. Heft 7. p. 310.
3. Kamann, Cystadenoma ovarii. Med. Ges. Magdeburg. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 33. p. 1978. (Ein durch Laparotomie bei einer 21 jährigen Frau gewonnenes mehrkammeriges Cystadenoma ovarii von 35 Pfund Gewicht. Die Trägerin hatte acht Wochen vorher ein reifes Kind geboren.)
3a. Kouwer, Ovarialtumoren. Ned. Gyn. Ver. 30. Nov. 1913. Ned. Tijdschr. v. Verl. en Gyn. 24. Jan. (Kystöses Fibroma ovarii, welches Schwierigkeiten für die Diagnose gegeben hatte. Ein Fibroma lig. ovarii prop. mittelst Laparotomie entfernt, das als subseröses Fibromyom diagnostiziert worden war.) (Mendes de Leon.)
4. Lihotzky, Vereiterte Ovarialzyste. Ges. d. Ärzte in Wien. 6. Febr. Winer klin. Wochenschr. Nr. 7. p. 159. (Nach Typhus dauernd Fieber bei mannskopfgrosser Zyste im Abdomen. Links grosse, vereiterte Zyste, die einreisst. Rechts faustgrosse Ovarienzyste. Beide unter reichlicher Kochsalzspülung entfernt. Im Eiter spärlich Streptokokken. Heilung bis auf eine Fistel. Sie wird 2½ Jahre später operiert. An ihrer Basis Darmschlinge, aus ihr ein Zahn entfernt, den Patientin vor Jahren verschluckt hat.)
5. Oastler, Frank, Large ovarian cyst. Transact. of the obst. soc., New York, meet Oct. 14. 1913. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Vol. 69. Nr. 1. p. 125/126. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 4. Heft 7. p. 321. (Über 48 Pfund schwere unilokuläre Ovarialzyste mit schokoladenfarbenem Inhalt bei einer 46 jährigen farbigen Frau. Mit Abbildung.)
6. Ollier, Kyste suppuré de l'ovaire, compliqué d'infection des voies urinaires et de cystite pris pour une grossesse avec inflammation abdominale. Hôp. Saint-Antoine, Paris. Semaine gyn. Jg. 18. Nr. 48. p. 381/382. 1913. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 4. Heft 13. p. 612.
7. Orthner, Monströses Cystoma ovarii. Ver. d. Ärzte in Oberösterr. 8. Jan. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 21. p. 734. (Sehr grosses Kystom mit 54 Liter Inhalt. Die 58 jährige Frau starb 18 Stunden nach der Operation an Herzschwäche, obwohl der Inhalt der Zyste nur ganz allmählich entleert worden war.)
8. Santy und Perrenot, Doppelte Ovarienzyste, zugleich dermoider und mukoider Natur, auf einer Seite Lyon méd Nr. 22. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 39. p. 1280. (Eingebettet in eine gewöhnliche Eierstockszyste, eine kleinere, dermoider Natur; beide zusammen 4 kg schwer.)
9. Schulze, Ovarialtumor. Ärztl. Kreisver. Braunschweig. Sitzg. vom 27. Sept. 1913. Med. Klin. Jg. 10. Nr. 1. p. 38. (Bei der Sektion einer 70 jährigen Frau wurde ein Ovarientumor von 41½ Pfund gefunden.)
10. Sytchev, A., Un très volumineux kyste de l'ovaire. Soc. d'obst. et de gyn. de Tomsk. Séance du 8 Nov. 1913. La Gyn. Janv. p. 60. (Diagnose schwankte zwischen Ovarialzyste und Sarkom des Peritoneums. Es handelte sich um eine gestielte Zyste des rechten Ovariums von 32 kg Gewicht. Die 49 jährige Kranke wog ohne Tumor nur 24 kg.)
11. Titus, R. S., Fibroma of the ovary, weighing thirty-five pounds. Operation. Recovery. Boston med. and surg. Journ. Vol. 169. Nr. 11.
12. Violet, Tumeur ovarienne ouverte spontanément à l'ombilic. Ablation en masse sans réduction. Rev. prat. d'obst. et de gyn. Jg. 22. Heft 3. p. 87—89. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 5. Heft 1. p. 18. Journ. de méd. de Paris. Jg. 34. Nr. 18. p. 355/356. (Über 12 kg schwerer, halb solider, halb zystischer Tumor.)

7. Stieldrehung. Ruptur.

1. Bookman, M. R., Report on a case of rupture of corpus luteum with intraperitoneal haemorrhage. Amer. Journ. of Obst. Nr. 70. p. 416 u. 475. (Extrauterinschwangerschaft nicht sicher ausgeschlossen. Plötzliche Erhöhung des intraabdominalen Druckes als die Ursache angenommen.)

2. v. Cackovic, M., Eine torquierte Zyste des rechten Ovarium, die links vom graviden Uterus liegt, wohin sie hinter dem Uterus gelangt ist. Lijecnicki vijesnik. 1913. Nr. 11. (Kroatisch.) Zentralbl. f. Gyn. Nr. 47. p. 1432. (Ein Fall.)
3. Chalier, Dermoidzysten beider Ovarien mit beiderseitiger Stieldrehung und Harnverhaltung bis zu zehn Tagen. Lyon méd. Nr. 11. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 39. p. 1280. La Gyn. 14 Mars. p. 221. (42 jährige Frau aus tuberkulöser Familie. Uterus und beiderseitige Tumoren, Dermoide mit 1½ touriger Stieldrehung wurden in einem Stück entfernt. Von Ovarialgewebe keine Spur. Glatte Heilung.)
4. Cotte, Stieldrehung einer linksseitigen Ovarialzyste mit gleichzeitiger Torsion des Uterus. Lyon méd. Nr. 21. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 47. p. 1432. (Ein Fall.)
5. Demons et Charbonnel, Kyste de l'ovaire tordu à siège sous-hépatique. Soc. d'obst. de Bordeaux. 13 Janv. Bull. de la soc. d'obst. de Paris. Févr. p. 110. (47 jährige Frau, vor vier Jahren wurde ein Tumor im kleinen Becken festgestellt, der jetzt schnell gewachsen war. Laparotomie. Entfernung des Uterus wegen Myom. Linkes Ovarium normal. Das rechte in ein Kystom mit langem, torquiertem Stiel verwandelt, befindet sich oben im Epigastrium.)
6. Gräupner, Stielgedrehtes Ovarialkystom im Wochenbett. Nordostd. Ges. f. Gyn. Sitzg. vom 14. März. Deutsche med. Wochenschr. p. 1546. (Zwei erfolgreiche Operationen.)
7. Légène, P., und R. Taitz, Haematocele retrouterina durch Ruptur einer Zyste des gelben Körpers. Ann. de gyn. et d'obst. Mai. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 52. p. 1525. (Ein Fall. Der 14. derartige Fall, der bekannt wird. Eine ektopische Schwangerschaft lag nicht vor.)
8. Marshall, G. Balfour, Left parovarian cystoma causing torsion of the fallopian tube, the pedicle containing fallopian tube, fimbria ovarica and mesosalpinx. Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 25. Nr. 3. p. 159/160. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 5. Heft 4. p. 164.
9. Michaelis, R., Austritt eines Ovarialkystoms aus dem After während der Geburt. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 4. p. 154. La Gyn. Févr. p. 153. (Wehen seit 24 Stunden, kein Fortschritt der Geburt. Draussen Versuch einer hohen Zange. Überführung in die Klinik. Neuer Zangenversuch. Kopf tritt nicht tiefer. Statt dessen tritt durch den After eine 10 cm lange und 7 cm breite gestielte Zyste aus Darauf glatte Entbindung. Hinterher Laparotomie. Am sechsten Tag Okklusionserscheinungen, so dass Enterostomie nötig ist. Tod am achten Tag infolge periuteriner Phlegmone.)
10. Orthner, Stielgedrehtes Ovarialkystom. Ver. d. Ärzte in Oberösterr. 8. Jan. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 21. p. 734. (In die Stieldrehung war das grosse Netz mit einbegriffen, das in ein missfarbenes, graues und brüchiges Gewebe verwandelt war. Heilung durch Entfernung der Zyste und des nekrotischen grossen Netzes.)
11. Potivin, Rupture d'un kyste hémorrhagique de l'ovaire par un toucher gynécologique. Soc. belge de gyn. 6 Déc. 1913. Journ. belge de gyn. Janv. p. 42. La Gyn. Févr. p. 139. (Während einer gynäkologischen Untersuchung bekam Patientin einen Brechanfall. Danach war ein Tumor, der sich links neben einem retroflektierten Uterus befand, verschwunden. Alexander-Adamsche Operation. Beim Eröffnen des Peritonealkegels zeigte sich reichlich Blut in der Bauchhöhle. Pfannenstielscher Querschnitt. Entfernung der linken Anhänge. Das Ovarium zeigte eine nicht geplatzte seröse und eine geplatzte hämorrhagische Zyste. Mikroskopisch: Corpus luteum-Zyste.)
12. Rouffart, M., Hémorrhagie intrapéritonéale par rupture spontanée d'une grossesse de l'ovaire. Soc. belge de gyn. et d'obst. Séance du 6 Déc. 1913. La Gyn. Févr. p. 140. (Ein Fall.)
13. Vineberg, Ovarian Cyst with twisted Pedicle complicating pregnancy at eight Months. Tr. New York Obst. Soc. April 14. Amer. Journ. of Obst. Vol. 70. p. 68.
14. Violet, Ovarialtumor; spontaner Durchbruch durch den Nabel; Herausnahme in toto. Lyon méd. 1913. Nr. 43. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 28. p. 1013.
15. Windisch, Richard, Stieltorsion bei Ovarialtumor. Ungar. Ärzteverein, Budapest. Sitzg. vom 10. Febr. Zentralbl. f. Gyn. Jg. 38. Nr. 22. p. 815. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 5. Heft 14. p. 652. (37 jährige Frau, trotz doppelseitiger Dermoidzysten gravida ohne Störungen. Erst nach der Geburt Torsion und Peritonitis. Operation, glatte Heilung.)

8. In Verbindung mit Geschwülsten anderer Organe, anderen Erkrankungen, ektopischer Schwangerschaft.

1. Calderini, G., Quinto contributo alla casistica della degenerazione cistica delle ovaia associata a mola vescicolare. Lucina. Jg. 19. Nr. 4. p. 52/54. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 5. Heft 3. p. 109.
2. Edge, Carcinoma of the ovary with metastasis at base of the appendix vermiformis. Midland Obst. and Gyn. Soc. Jan. 6. Journ. of Obst. of the Brit. Emp. May. p. 294. (Demonstration ohne nähere Angaben. In der Diskussion führt Beckwith Withhouse die Metastasierung auf den Verlauf der Lymphbahnen zurück. Edge weist demgegenüber darauf hin, dass der Wurmfortsatz an dem erkrankten Ovarium adhärent war.)
3. Gentili, Attilio, Di alcune caratteristiche istologiche in ovaie di donna leprosa. Fol. Gyn. Vol. 8. Nr. 3. p 447/457. 1913. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 4. Heft 10. p. 490.
4. Pewsner, C., Productions kystiques de l'ovaire liées à la tuberculose. Tuberculose inflammatoire de l'ovaire. Thèse de Lyon. 1913. Nr. 68. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 5. Heft 3. p. 109.
5. Sanchez y Carrascosa, M., Kystom des rechten Ovariums. Siglo méd. Jg. 60. Nr. 3125. p. 690/691. 1913. (Spanisch.) Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 4. Heft 5. p. 197. (Gutartiges Kystom unter dem Hauptsymptom eines enormen, nach Punktion stets rezidivierenden Aszites sich entwickelnd, 3450 g schwer. Nach Exstirpation Dauerheilung, auch des Aszites.)
6. Schestakoff, M., Ein Fall von Krukenbergschem Tumor. K. Klin. Geb.-gyn. Inst., St. Petersburg. Journ. akusch. i shensk. bolesnei. Zeitschr. f. Geb. Bd. 29. p. 307/310. (Russisch.) Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 4. Heft 15. p. 701. (Faustgrosser solider Tumor des linken Eierstocks einer 50jährigen Frau. Die mikroskopische Untersuchung zeigt den für die genannten Tumoren charakteristischen Bau, wobei nachgewiesen wird, dass die bläschenförmigen Zellen nicht stromatogenen, sondern epithelialen Ursprungs sind.)
7. Stratz, Fall, in dem das linke Ovar ganz fehlte und die Tuba nur teilweise ausgebildet war und in dem er eine Zyste der Cervixgegend und eine solche des linken Ovars exstirpiert hatte. Ned. Gyn. Ver. 1. März. Ned. Tijdschr. v. Verl. en Gyn. 24. Jg. 1.

(Mendes de Leon.)

9. In Verbindung mit Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett.

1. Gräupner, Stielgedrehtes Ovarialkystom im Wochenbett. Deutsche med. Wochenschrift. p. 1546. (Zwei erfolgreiche Operationen.)
2. Kosmak, W., Carcinoma of the ovary associated with early pregnancy. Transact. of the New York Obst. Soc. Meeting of Oct. 13. Amer. Journ. of Obst. Dec. p. 1021. (Ein Fall. Die Diagnose wurde zuerst auf Extrauteringravidität gestellt. Die Probelaparotomie zeigte einen graviden Uterus von 2½ Monat, freibeweglich, ohne Adhäsionsbildung. Das linke Ovarium war hühnereigross, mit einem grossen Corpus luteum und war zystisch degeneriert. Exstirpation des linken Ovariums. Vier Tage nach der Probelaparotomie Abort. Histologische Untersuchung ergab Carcinoma ovarii.)
3. Lepage, G., Kyste de l'ovaire et grossesse. Soc. d'obst. de Paris. 9 Mars. Bull. de la soc. d'obst. Mars. p. 181. Presse méd. Nr. 26. p. 250. (Bei der Patientin war vor zwei Jahren ein Ovarialtumor unter der Geburt von der Scheide aus punktiert mit nachfolgender spontaner Geburt. Jetzt neue Schwangerschaft im sechsten Monat. Im Douglas wieder ein zystischer Tumor. Laparotomie. Beim Versuch, ihn herauszuwälzen, platzt der Tumor, der entfernt wird. Es handelt sich um eine Parovarialzyste.)
4. Vineberg, H. R., Ovarian cyst with twisted pedicle complicating pregnancy at eight months. Transact. of the New York Obst. Soc. Meeting of April 14. Amer. Journ. of Obst. July. p. 68. (Kindskopfgrosse multilokuläre Zyste des rechten Ovariums zwischen dem graviden Uterus und der Bauchwand. Inhalt klare braunschwarze Flüssigkeit. 1½fache Stieldrehung, Stiel blutig infiltriert. Zwei Tage später glatte Entbindung.)

10. Neubildungen bei Kindern.

1. Barr, Albert S., A case of right inguinal hernia of ovary and tube. Journ. of Amer. med. Assoc. Febr. 4. p. 451. (12jährige Patientin mit Leistenhernie rechts. Bei der Operation fand sich im Bruchsack Tube und Ovarium, aber kein Darm oder Netz.)
2. Cowie, David Murray, A case of malignant multilocular cyst of the ovary in a young girl. Physician and Surg. Vol. 35. Nr. 5. p. 200/205. 1913.
3. Eustace, Arthur B., and R. William MacNeuly, Case of strangulated tubo-ovarian hernia in a infant. Journ. of Amer. med. Assoc. March 4. p. 772. (Negerkind von sechs Monaten, Hernie der rechten grossen Labie mit Einklemmungserscheinungen, Operation, als Inhalt fand sich die stielgedrehte Tube mit Ovarium.)
4. Potvin, Kystes tordus de l'ovaire chez l'enfant. Bull. de la soc. belge de gyn. et d'obst. Tome 24. Nr. 10. p. 441/447. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 5. Heft 10. p. 466. (Zwei Fälle bei Mädchen von 9—11 Jahren.)
5. Potivin, Franz, Les kystes de l'ovaire chez l'enfant. Journ. belge de gyn. Avril. p. 280. (I. Mutter, Grossmutter und Tante des neunjährigen Mädchens hatten bereits Ovarialzysten gehabt. Früher Magen- und Darmerscheinungen. Jetzt peritonitische Erscheinungen, die schnell vergehen. Grosser Tumor links. Entfernung des Tumors, der sich als Dermoidzyste herausstellte. II. 11jähriges Mädchen. Peritonitische Erscheinungen. Tumor bis in Nabelhöhe. Laparotomie. Stielgedrehter Ovarientumor.)
6. Rousseau, M. L., Volumineuse tumeur de l'ovaire droit d'apparence sarcomateuse enlevée à une enfant de 7 ans, opérée déjà à l'âge de 5 ans d'un kyste dermoïde de l'autre ovaire. Soc. des chir. de Paris. Séance du 17 Oct. 1913. La Gyn. Déc. 1913. p. 743. (Der erstoperierte Tumor soll nach Aussagen der Mutter kindskopfgross gewesen sein und neben talgigem Inhalt ein Auge und Haare enthalten haben. Histologisches Untersuchungsergebnis des zweiten Tumors wird noch bekannt gegeben.)
7. Zellweger, E., Die grossen und übergrossen Ovarialkystome des Kindesalters. Diss. Zürich 1913.

11. Pseudomucinöse Kystadenome, Pseudomyxoma peritonei.

1. Fatcher, Über Pseudomyxoma peritonei (Werth). Inaug.-Diss. München. März.
2. Heider, K., Zwei Fälle von Pseudomyxoma peritonei. Auswaschung der Bauchhöhle mit Kochsalzlösungen. Inaug.-Diss. Jena.
3. Jaeger, E., Über Pseudomyxoma peritonei. Inaug.-Diss. Halle. (Ein Fall derart, ausgehend vom Ovarium.)
4. Lahm, W., Zur Histogenese der Pseudomuzinkystome des Ovariums. Kgl. Frauenkl., Dresden. Beitr. z. Geb. u. Gyn. Bd. 19. Heft 2. p. 261—274. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 4. Heft 12. p. 573. (Auf Grund eines eigenen Falles bespricht Verf. die Frage.)
5. Stieda, A., Über das Pseudomyxoma peritonei. Verein d. Ärzte in Halle. Sitzg. vom 29. April. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 33. p. 1821. (Vortragender hat eine 45jährige Frau wegen Pseudomyxoma peritonei operiert. Es handelte sich um die seltene Erkrankung von geplatztem Pseudomuzinkystom mit gleichzeitiger Beteiligung des Peritoneums. Patientin war in der medizinischen Klinik zweimal ohne Erfolg punktiert worden, um den vermuteten Aszites abzulassen. Diagnostisch schwieriger, geheilter Fall [siehe Nr. 3].)
6. Wiener, Salomon, The clinical malignancy of pseudomucinous cystadenoma of the ovary. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Vol. 69. Nr. 6. p. 1015/1022. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 47. p. 1432. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 5. Heft 12. p. 579. (Ein Fall, 23jährige Nullipara. Bei der ersten Laparotomie linksseitiges, 3,5 kg schweres, multilokuläres Pseudomuzinkystom entfernt; rechtes Ovarium anscheinend normal. Zweite Laparotomie zwei Jahre später, hierbei grosses multilokuläres Pseudomuzinkystom des rechten Ovariums entfernt. Nach zwei Monaten p. op. Exitus. — Verf. kommt bezüglich der Malignität der Pseudomuzinkystome zu dem Schluss, dass ein Drittel aller proliferierenden Ovarialtumoren primär maligne sind, die übrigen zwei Drittel besitzen potentielle Malignität. Verf. fordert Entfernung jeden Ovarialtumors.)

12. Papilläre Kystadenome.

1. **Bauereisen**, Kystadenoma papillare. Nordwestdeutsche Ges. f. Gyn. Sitzg. vom 16. Mai. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. p. 428. (Ein Fall.)
2. **Bloch**, Ein seltener Fall von papillärem Kystom und Oberflächenpapillom bei einem Ovarialteratom. Inaug.-Diss. München. Juni.
3. **Le Filliatre, G.**, Volumineuse tumeur papillomateuse et kystique de l'ovaire droit et kyste kolloide de la trompe gauche. Hystérectomie subtotale, avec anésthesie par rachicocainisation; guérison rapide. Bull. et mém. de la soc. anat. de Paris. Jg. 88. Nr. 8. p. 437/440. 1913. (Es handelt sich um einen papillomatösen, 1220 g schweren Tumor des rechten Ovariums, der als Kystoepitheliom bezeichnet wird; der linksseitige Tuboovarialtumor, 150 g schwer, scheint ebenfalls ein primäres Kystoepitheliom und nicht etwa ein vom rechtsseitigen Haupttumor ausgehender Impftumor zu sein.)
4. **Strong, L. W.**, Pseudostruma of the ovary. Amer. Journ. of Obst. Vol. 70. p. 410. Zentralbl. f. Gyn. 1915. Nr. 1. p. 25. (Die richtige anatomische Bezeichnung sollte nach Verf. lauten: Cystoma ovarii papillariforme pseudostrumosum.)

13. Karzinome.

1. **Bégouin, et G. Bardon**, Cancer de l'estomac et des ovaires. Soc. d'obst. de Bordeaux. 24 Mars. Bull. de la soc. d'obst. et de gyn. Nr. 5. p. 451. (43jährige Frau, seit drei Monaten Magenbeschwerden, seit zwei Monaten Zunahme des Leibesumfanges. Es wurden doppelseitige Ovarialtumoren mit Aszites festgestellt. Laparotomie. Entfernung von Uterus und Ovarien. Beim schnellen Untersuchen wurden keine weiteren Tumoren in der Bauchhöhle gefunden. Nach einem Monat Exitus. Sektion: Magenkarzinom, und zwar ein typisches Zylinderzellenkarzinom. Die Ovarientumoren ebenfalls karzinomatös mit ähnlichen Zellen. In der Diskussion berichtet Bégouin noch über einen weiteren Fall von primärem Magenkarzinom mit metastatischen Tumoren in beiden Ovarien.)
2. **Boldt, Herman**, Carcinoma of the ovary. Transact. of the New York Obst. Soc. Meet. Nov. 18. 1913. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Vol. 69. Nr. 2. p. 344/345. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 4. Heft 12. p. 573. (Radikale Heilung, da nach sechs Jahren rezidivfrei.)
3. **Bondy, O.**, Primäre oder metastatische Ovarialkarzinome. Gyn. Ges. in Breslau. 16. Dez. 1913. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 350. (Vier Fälle von wahrscheinlich metastatischen Ovarialkarzinomen mit typischen Siegelringzellen.)
4. **Frauenzowicz, H.**, Über einen seltenen Fall von Carcinoma ovarii. Inaug.-Diss. Zürich. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 52. p. 1524. (Dreimalige Laparotomie. Keine Kachexie, starker Aszites. Sektion ergab beginnendes Carcinoma ventriculi, das nicht als Metastase des Ovarialtumors, sondern als selbständige Neubildung aufzufassen ist.)
5. **Gemmel**, Bilateral solid ovarian tumours. North of England Obst. Soc. 20. Febr. Journ. of Obst. of Brit. Emp. April. p. 226. (41jährige Frau. Diagnose: Doppelseitige Adnextumoren. Die mikroskopische Untersuchung der entfernten Ovarialtumoren ergab glanduläres Karzinom. In der anschliessenden Diskussion teilt Leith Murray mit, dass er in diesem Falle eine positive Muzikarminreaktion des Tumors fand. Nach seinen Erfahrungen ist dann stets ein primärer Tumor im Verdauungstraktus vorhanden. Donald hält primäre Ovarialkarzinome doch nicht für so selten, wie es jetzt allgemein angenommen würde. Fothergill stimmt ihm zu. Nach ihm ist die positive Muzikarminreaktion nicht für das Vorliegen eines Intestinalkarzinoms beweisend.)
6. **Gibson, M. J.**, Cancer of the ovary. Roy. Acad. of Med. in Ireland. Meet. Nov. 7. 1913. Dublin Journ. of Med. Science. Vol. 137. Nr. 505. p. 55/56. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 4. Heft 7. p. 321. (Ein Fall.)
7. **Haendly**, Beiträge zur Ausbreitung und Metastasierung von Uterus- und Ovarialkarzinomen. Vortrag in der Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin. Sitzg. vom 24. April. Zentralbl. f. Gyn. 1915. Nr. 3. p. 41. (Bei dem Ovarialkarzinom stehen die Metastasen in den Lymphknoten und im Peritoneum im Vordergrund. Seltener sind die in den übrigen Organen, am seltensten die in der Haut. Nicht so ganz selten sind die Meta-

stasen in den Tuben. Bericht über einen Fall mit multipler Aussaat der Karzinomzellen in alle Organe und in die Haut.)
8. Holtz, Über das Karzinom im jugendlichen Alter mit besonderer Berücksichtigung des Ovarialkarzinoms. Inaug.-Diss. Greifswald. Febr.
9. Lapointe, André, Cancer de l'ovaire et cancer du colon pelvien chez la même malade. Clin. Paris. Jg. 8. Nr. 45. p. 708/710. 1913. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 4. Heft 13. p. 612. (Sind beide Karzinome primär entstanden, so empfiehlt Lapointe, in zwei Zeiten in einem Abstand von etwa 14 Tagen zu operieren.)
10. Mériel, E., Cancer bilatéral de l'ovaire et greffes intestinales (colon pelvien, intestin grêle). Soc. d'obst. de Toulouse. 4 Mars. Bull. de la soc. d'obst. de Paris. Nr. 4. p. 385. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 5. Heft 10. p. 466. (60jährige Frau, Menopause, Obstipation und Abmagerung, zunehmender Umfang des Leibes. Wegen Verdacht auf maligne Ovarialtumoren Laparotomie. Klarer Aszites. Uterus und Anhänge bilden ein grosses, karzinomatöses Konglomerat. Der Darm ist besetzt mit Metastasen. Anlegung eines Anus praenaturalis.)
11. Meyer, Robert, Das Adenoma tubulare ovarii carcinomatosum und die Beziehung des tubulären Ovarialadenoms zu embryonalen Organresten. Studien z. Pathologie d. Entwicklung von Meyer und Schwalbe. Bd. 2. Heft 1. Zentralbl. f. Gyn. 1915. Nr. 2. p. 23/24.
12. — Über Adenoma tubulare malignum ovarii und die normalen tubulären Bestandteile des Ovariums. In der Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin. Sitzg. vom 13. März. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 44. p. 1384. (Zwei Fälle.)
12a. Nyhoff, Zwei solide maligne Ovarialtumoren. Ned. gyn. Ver. 24. Mai. Ned. Tijdschr. v. Verl. en Gyn. 24. Jg. (Mendes de Leon.)
13. Rüder, Ein operativ entferntes, intraligamentär entwickeltes Ovarialkarzinom, das von anderer Seite als Myom diagnostiziert war. Geb. Ges. zu Hamburg, Sitzg. vom 7. April. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 33. p. 1164. (Durch Laparotomie entfernt, auch das atrophische der anderen Seite. Bei Ovarialkarzinomen empfiehlt sich stets die Entfernung des anderen Ovariums; selbst wenn es einen atrophischen Eindruck macht, entwickelt sich später ein Rezidiv aus ihm, wie Rüder selbst beobachten konnte.)
14. Whiteford, C. Hamilton, Double ovariotomy; bilateral ovarian perithelioma; dermoid on one side; unusual postoperative course. Proceed. of the roy. soc. of med. Vol. 7. Nr. 4. Obst. and Gyn. Sect. p. 142—146. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 4. Heft 13. p. 613.

14. Fibroide.

1. Amann, J. A., Ovarialfibrome mit Aszites. Bayr. Ges. f. Geb. u. Frauenheilk. Sitzg. vom 25. Jan. in Nürnberg. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 41. Heft 1. p. 99. (Zwei Fälle.)
2. Cabanes, E., Fibromes de l'ovaire. Réunion obst. d'Alger. 25 Avril. Bull. de la soc. d'obst. et de gyn. Nr. 5. p. 410. (Zwei Fälle, in dem einen war das Fibrom 3 kg, in dem anderen 400 g schwer. Das letztere war fest im kleinen Becken eingekeilt gewesen und hatte durch Kompression des Rektum erhebliche Darmbeschwerden gemacht.)
3. Caro, Zur Lehre von den Riesenfibromen des Ovariums, nebst Bericht eines Falles, in welchem ein 33½ Pfund schweres Ovarialfibrom mit Erfolg exstirpiert wurde. Inaug.-Diss. Leipzig. Febr.
4. Deutsch, Fibromyom des Ovariums. Wiener med. Wochenschr. 1915. p. 151. (Zwei Fälle, einer davon ging vom Ligamentum latum aus.)
5. Fullerton, William D., Fibroid tumors of the ovaries. Report of a case. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 18. Nr. 4. p. 451/455. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 5. Heft 7. p. 310. Zentralbl. f. Gyn. p. Nr. 28. 1013.
6. Orthmann, Cystofibroma ovarii sin. Demonstration in der Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin. Sitzg. vom 27. März. Zentralbl. f. Gyn. 1915. Nr. 1. p. 10. (5 kg schweres reines Fibrom ohne irgendwelche malignen Veränderungen.)
7. Titus, R. S., Fibroma of the ovary weighing thirky-five pounds. Operation. Recovery. Boston med. and surg. Journ. Vol. 169. Nr. 11. p. 381/384. 1913. Zentralbl. f.

d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 4. Heft 2. p. 76. (Bericht über einen Fall. 47jährige Patientin, die seit 3 Jahren verschwundenen Menses zeigten sich nach der Operation wieder regelmässig.)

15. Sarkome. Endotheliome.

1. Albrecht, Grosses Rundzellensarkom des Ovariums. Münchn. gyn. Ges., Sitzg. vom 20. Nov. 1913. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. Heft 6. p. 842. (18jähriges Mädchen. Starker Aszites. Exstirpation. Heilung.)
2. Delétrez, A., Sarcome de l'ovaire chez une enfant de neuf ans. Soc. belge de gyn. 4 Avril. Journ. belge de gyn. Nr. 5. p. 386. (Neunjähriges Mädchen, seit einem Jahre Abmagerung und Beschwerden im Leib, wegen grosser Geschwulst im Leib Laparotomie. Solider Tumor, mit dem Peritoneum des kleinen Beckens verwachsen, wird exstirpiert. Wegen flächenhafter Blutung aus dem kleinen Becken Tamponade nach Mikulicz. Der 1500 g schwere Tumor erwies sich mikroskopisch als Sarkom.)
3. Fitzgibbon, Gibbon, A case of primary fibro-sarcoma of the ovary. Transact. of the roy. acad. of Med. in Ireland. Vol. 31. p. 240/247. 1913. (Siehe Jahresb. f. 1913. p. 106. Nr. 6 u. 7.)
4. Förster, Francis, Fibrosarcoma of the ovary. Transact. of the New York Obst. Soc. Meet. Nov. 18. 1913. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Vol. 69. Nr. 2. p. 350/352. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 4. Heft 11. p. 538. (Ein Fall. 23jährige Nullipara, seit drei Jahren Amenorrhoe. Laparotomie ergab linksseitigen torquierten Ovarialtumor. Mikroskopische Diagnose: Fibrosarkom.)
5. Hebrant et Antoine, Enorme myxo-sarcome de l'ovaire chez une chienne. Ann. de méd. vétérin. Jg. 63. Nr. 1. p. 6—8. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 4. Heft 5. p. 197. (Ein bei einem weiblichen Foxterrier durch Laparotomie gewonnener, 3 kg 750 g schwerer Ovarialtumor, der aus gelatinösen Massen und einigen soliden Partien besteht, die sich mikroskopisch als spindelzelliges Sarkom, zum Teil in myxomatöser Umwandlung erweisen. Vier Monate nach der Operation war das Tier trächtig.)
6. Horváth, Rapid wachsende Ovarialgeschwulst bei einem jungen Mädchen. Ungar. Ärzteverein, Budapest. Sitzg. vom 8. Dez. 1913. Zentralbl. f. Gyn. Jg. 38. Nr. 22. p. 808/809. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 5. Heft 14. p. 652. (Mannskopfgrosses alveoläres Rundzellensarkom bei einem 17jährigen Mädchen.)
7. Klemperer, A., Über das Zwischenzellensarkom des Ovariums. Zieglers Beitr. Bd. 58. Heft 1. (Drei alveolär gebaute, grosszellige Rundzellensarkome bei Mädchen von 14—19 Jahren. Die Zellen haben grosse Ähnlichkeit mit hypertrophischen Theka interna-Zellen atretischer Follikel. Ihre Entstehung aus solchen wird daher angenommen und die Tumoren werden mit den Zwischenzellensarkomen des Hodens verglichen.)
8. Labhardt, Demonstration eines schwangeren Uterus des dritten Monats mit faustgrossem, metastatischem Melanosarkom des rechten Ovars. Gyn. Ges. der deutschen Schweiz. Sitzg. vom 11. u. 12. Juli in Bern. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 45. p. 1400.
9. Laws, George M., Cystic fibrosarcoma of the ovary and broad ligament resembling pregnancy. Transact. of the Obst. Soc. of Philadelphia. Meet. April 2. Amer. Journ. of Obst. Vol. 69. Nr. 6. p. 1038/1039. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 5. Heft 13. p. 622. (Aufklärung durch Röntgenaufnahme.)
10. Luppow, A. N., Ein Fall von Sarkom eines rudimentären Eierstocks. Univ.-Frauenklinik, Tomsk. Journ. f. Geb. u. Gyn. p. 251. (Russisch.) Zentralbl. f. Gyn. Nr. 28. p. 1013. (Der Kombination von Sarkom mit unentwickeltem inneren Genital bei einer erwachsenen Frau ist Verf. sonst in der Literatur nicht begegnet.)
11. Marchak, Fibro-sarcome de l'ovaire. Soc. anat. de Paris. 14 Juillet. Presse méd. Nr. 58. p. 560. (Seit drei Jahren Tumor im Abdomen, der seit drei Monaten Beschwerden macht und wegen einsetzender Blutungen als Uterusmyom gedeutet wurde. Bei der Laparotomie leicht entfernbarer Tumor im kleinen Becken, von 1 kg Gewicht. Er ist ziemlich kompakt, von kleinen Zysten durchsetzt. Mikroskopisch: Fibrosarkom.)
12. Nowak, Ignaz, Kritischer Beitrag zur Frage über primäres Melanosarkom des Ovariums. Inaug.-Diss. Leipzig.
13. Porter, M. F., Sarcoma of the ovary. Transact. of the Western. Surg. Ass. St. Louis 1913. Zentralbl. f. d. ges. Gyn u. Geb. Bd. 4. Heft 8. p. 399. (Verf. stützt

seine Ausführungen auf 26 genau beschriebene Fälle aus der Literatur und drei eigene Fälle.)
14. Seeligmann, Ovarialsarkom. Nordwestdeutsche Ges. f Gyn. Sitzg. vom 16. Mai Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. p. 423. (Patientin seit drei Jahren 10pfündiges Ovarialsarkom. Operiert, geheilt durch Arseptininjektion.)
15. Stürzinger, E., Zur Kenntnis der sarkomatösen Ovarialtumoren. Diss. Würzburg 1913.

16. Embryome.

1. Bauer, Erwin, Über die sogenannte „Struma ovarii". Ein Beitrag zur Histogenese der Ovarialkystome. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 75. Heft 3 p. 617—652. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 5. Heft 1. p. 18. (Verf. folgert, dass die Struma ovarii nur ein Kystadenom von besonderer Form ist.)
2. Chalier, A, Kystes dermoïdes des deux ovaires avec torsion de leurs pédicules et avec rétention d'urine complète datant de dix jours. Exstirpation. Guérison. Soc. des scienc. méd. de Lyon. Séance du 21 Janv. La Gyn. Mars. p. 221. (Ein Fall. 42jährige Patientin, die regelmässig menstruiert und vier Schwangerschaften durchgemacht hatte.)
3. Falco, A, Sul teratoma solido dell' ovaio. Clin. ostetr.-gin., univ., Cagliari. Ann. di ostetr. e gin. Jg. 36. Nr. 5. p. 397—440. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 5. Heft 14. p. 652. (Ein Fall von Teratom des linken Ovariums bei einem 16jährigen Mädchen.)
4. Ferrari, M., Kyste dermoide de l'ovaire ouvert par colpotomie. Réunion obst. et gyn. d'Alger. 21 Févr. Bull. de la soc. d'obst. de Paris. Févr. p. 106. (36jährige Ipara. Bald nach der spontanen Geburt Auftreibung des Leibes. Fieber und riechender Ausfluss. Es wird viermal curettiert und der Uterus gespült. Einen Monat später grosser Tumor im Leib mit Vorwölbung des Douglas. Probepunktion ergab Eiter. Colpotomia posterior. Es entleert sich ungefähr 1 Liter Eiter und ausserdem Haare. Drainage.)
5. Giannettaso, Nicola, Contributo alla conascenza dello struma ovarico colloideo. Rif. med. Jg. 30. Nr. 2. p. 38/47. Nr. 3. p. 68/73. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 4. Heft 10. p. 491. (Ein Fall bei einer 32jährigen tuberkulösen Patientin. Kindskopfgrosser Tumor des linken Ovariums. Zwei Monate nach der Laparotomie Exitus an Miliartuberkulose. Zwei Jahre vorher war das rechte in ein apfelgrosses Hämatom umgewandelte Ovarium abdominell exstirpiert worden. Die acht bisher bekannten Fälle werden angeführt.)
6. Hoermann, Riesenteratom des Ovariums. Münchn. gyn. Ges. Sitzg. vom 17. Juli 1913. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. Heft 4. p. 544/545. Zentralbl. f. Gyn. Jg. 38. Nr. 4. p. 176. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 5. Heft 3. p. 109. (10 kg schwerer zystischer Tumor des rechten Ovariums bei einem 17jährigen Mädchen, das noch nie menstruiert hatte. Trotz Peritonitis glatte Heilung. Die mikroskopische Untersuchung ergab Anlagen aller drei Keimblätter.)
7. Kaulen, Über einen Fall von Ovarialteratom. Inaug.-Diss. Giessen. Juni.
8. *Lancial, Ablation d'un volumineux kyste dermoïde de l'ovaire avec prolongement pelvien chez une jeune fille. Guérison. XXVI Congrès franç. de chir. Paris. Oct. 1913. La Gyn. Nov. 1913. p. 678.
9. Lockyer, C., Case of double ovariotomy with unusual postoperative phenomena. Royal soc. of med. Sect. of Obst. Jan. 8. Journ. of Obst. of Brit. Emp. Vol. 25. Nr. 2. p. 107. (78jährige Frau, früher wegen rechtsseitiger, inkarzerierter Femoralhernie operiert, dabei musste eine Kolostomie gemacht werden. Jetzt sehr starke Anschwellung des Leibes. Bei einer kleinen Probeexzision entleert sich Dermoidbrei und Haare. Fünf Stunden später werden doppelseitige Dermoidzysten der Ovarien entfernt. Wunde heilt. Nach 13 Tagen neuer Tumor links. Inzision. Es entleert sich etwas blutige Flüssigkeit. Später auch Inzision von der Vagina aus. Nach vier Monaten Exitus. Die Sektion ergibt links im Leibe zystische Tumoren, die sich als Peritheliom erwiesen.)
10. Laponge, C. V. de, Maligne Degeneration einer Dermoidzyste des Ovariums. Arch. génér. de chir. Juillet. VIII. Nr. 7. p. 769. (Drei derartige Fälle.)
11. Mc Means, J. W., Fatty concretions in ovarian dermoids. Amer. Journ. of Obst. July. p. 33. Zentralbl. f. Gyn. 1915. Nr. 2. p. 26. (Stielgedrehter Ovarientumor von 20 cm Durchmesser mit kugelförmigem Inhalt ohne freie Flüssigkeit. Die grösseren

Fettkugeln enthielten dunkelbraune Haare. — Dermoidzyste. Genaue mikroskopische Untersuchung.)

12. *Moser, v., Über die Zähne einer Dermoidzyste. Path. Inst., Univ. Rostock. Stud. z. Path. d. Entwickl. Bd. 1. Heft 3. p. 363/374. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 5. Heft 11. p. 507.
13. Philips, Eine Dermoidzyste, welche mit Fett gefüllt war. Ned. gyn. Ver. 18. Jan. Tijdschr. v. Verl. en Gyn. 24. Jg. (Mendes de Leon.)
14. Rouville, de, Kystes dermoides bilatéraux des ovaires à symptomatologie exclusivement hémorrhagique. Considérations cliniques pathogéniques et thérapeutiques. Montpellier méd. Jg. 57. Nr. 16. p. 361/368. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 5. Heft 6. p. 258. Bull. de la soc. d'obst. et de gyn. de Paris. Jg. 2. Nr. 9. p. 810/816. 1913. Jahresber. pro 1913. p. 110. Nr. 27.
15. Santy et Perrenot, Doppelte Ovarienzyste, zugleich dermoider und mukoider Natur auf einer Seite. Lyon méd. Nr. 22. (Ein derartiger Fall.)
16. Seitz, Zur Malignität der Ovarialdermoide. Greifswalder med. Ver. Sitzg. vom 6. Dez. 1913. Deutsche med. Wochenschr. Jg. 40. Nr. 11. p. 569. (Ein Fall. Dermoidzyste des rechten Ovariums bei einer 60jährigen Frau. Exstirpation. Typischer Inhalt mit Bestandteilen aller drei Keimblätter. An einer Stelle Verwachsungen mit der Flexura sigmoidea, die sich schon makroskopisch als verdächtig auf Malignität erwiesen. Mikroskopisch: Epithelkarzinom.)
17. Sitzler, Oskar, Über Struma ovarii. Inaug.-Diss. Heidelberg 1913.
18. Termier, J., Une théorie pathogénique des kystes dermoides de l'ovaire. Rev. mens. de gyn., d'obst. et de péd. Jg. 9. Nr. 1. p. 1—10. Gaz. de gyn. Tome 29. Nr. 662. p. 17—25. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 4. Heft 7. p. 322. Heft 15. p. 702.
19. Timofejeff, A. J., Eine seltene Form von Dermoidzyste des Ovariums. Wratsch. Gaz. Jg. 21. Nr. 9. p. 347—349. Nr. 10. p. 393—394. (Russisch.) Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 5. Heft 1. p. 18. (Zwei Fälle. Mannskopfgrosse Dermoidzysten, enthaltend kugelförmige Gebilde von zäher Konsistenz. Ein Tumor war stielgedreht.)
20. Vacher et Lafrange, Claude, Über bösartige Entartung der dermoiden Ovarialzysten. Thèse de Montpellier. (Nichts Neues, ein Fall.)
21. White, Charles Stanley, Ovarian teratomata. Amer. Journ. of Obst. Vol. 68. Nr. 2. p. 236/243. 1913. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 4. Heft 13. p. 612. (Zwei Fälle; erster Fall betrifft ein vierjähriges Kind, der zweite eine 32 jährige III para.)

Lancial (8). Der von ihm beschriebene Fall liegt acht Jahre zurück. Nach viertägigen heftigen Schmerzen bricht der Tumor unter Entleerung von ungefähr zwei Liter sirupöser gelblicher Flüssigkeit durch die Vagina auf. Die Flüssigkeitsansammlung kommt aber wieder, so dass operiert werden muss. Umfangreiche Zyste, die sich nach rechts ins kleine Becken erstreckt. Es gelingt nicht, den im Becken liegenden Teil zu exstirpieren, daher wird an der Rupturstelle im Douglas eine Inzision gemacht. Inhalt der Zyste zwei Molarzähne mit einem Teil des Unterkiefers und Haare. Drainage des Douglasschen Raumes durch die Scheide zum zurückgelassenen Teil der Zyste. Heilung in drei Wochen.

Moser, v. (13) neigt zu der Auffassung, dass Milchzähne neben bleibenden Zähnen in Embryonen vorkommen.

17. Tuboovarialzysten, Parovarialzysten. Mischgeschwülste.

1. Marshall, G. Balfour, Left parovarian cystoma causing torsion of the fallopian tube, the pedicle containing fallopian tube, fimbria ovarica and mesosalpinx. Journ. of Obst. of Brit. Emp. Vol. 25. Nr. 3. p. 159. (Der gleiche Fall, der im vorigen Jahresbericht p. 111 berichtet ist.)
2. Martin, H., Sur les kystes tubo-ovariens. Thèse de Montpellier. 1913. Nr. 90. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 5. Heft 2. p. 61.

3. Sencert, L., Le traitement du varicocèle tubo-ovarien par la résection veineuse intraligamentaire. Arch. mens. d'obst. et de gyn. Jg. 3. Nr. 1. p. 15/40. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 4. Heft 8. p. 400. (16 Fälle aus der Literatur und 7 eigene Fälle.)

4. Tourneux, J. P., et Fabre, Kyste dermoide parovarien dégénéré. Arch. méd. de Toulouse. Jg. 21. Nr. 8. p. 83/87. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 5. Heft 11. p. 507. (Es handelt sich um eine karzinomatöse Entartung.)

VI.

Pathologie des Beckenbindegewebes.

Referent: Prof. Dr. Fritz Kermauner, Wien.

1. Amann, J. A., Myosarkom des Ligamentum latum bei Gravidität. Bayer. Ges. f. Geb. u. Gyn. 25. Jan. Zentralbl. f. Gyn. Heft 30. p. 1076. (Maligne Degeneration eines ins Ligamentum latum hinein entwickelten Myoms während der Schwangerschaft.)

2. Aversenq, Pericystitis. 17. Vers. d. Verein. franz. Urol. Paris, 8.—11. Okt. 1913. Ref. Münchn. med. Wochenschr. 61. Jahrg. p. 43. (Gelegentlich einer Besprechung der pathologischen Anatomie der Pericystitis berichtet Aversenq über Präparate, die mit gefärbter Gelatine injiziert worden waren. Dieselben bestätigen das Vorhandensein einer Faszie, die vor dem Peritoneum der vorderen Bauchwand herabziehend den prävesikalen Raum scheidet in einen vor der Blase liegenden Teil, das Cavum Retzii und die eigentliche Umgebung der Blase, den Sitz der Pericystitis. Die beiden Abschnitte sind ganz getrennt, obwohl Injektion oder Eiterung vom einen auf den anderen übergehen kann. — Die entzündlichen Prozesse, die sich hier abspielen, sind entweder diffus phlegmonös, rasch in ausgedehnte Eiterung übergehend, oft mit Perforation in Blase oder Bauchraum, oder abgekapselte Abszesse, seitlich und hinter der Blase, oder endlich sklerosierende Entzündungen mit Bildung von Gängen; die letztere Form kann zu wahren pericystitischen Tumoren führen, besonders wenn Peritoneum und Darmschlingen sich beteiligen (sog. Holzphlegmone im Cavum Retzii). — Bezüglich der Ätiologie sei nur hervorgehoben, dass solche Prozesse auch vom Genitale ausgehen, bzw. vom Appendix, und dass in einigen Fällen auch primäre tuberkulöse Pericystitis beobachtet worden ist.)

3. Balassanian, Vahan, Klinische Beiträge zur Histogenese der Serosa-Adenomyositis cervicis uteri et recti (rektogenitale Serosaadenomyositis). Inaug.-Diss. München 1913.

4. Balaschoff, A. J., Ein Fall von Lipom des breiten Mutterbandes in Kombination mit Fibrom des Eierstockes. Festschr. f. Pobedinsky. (Russisch.) p. 1. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. V. Heft 10. p. 466. (52jährige Multipara. Leibesumfang 128 cm. Laparotomie. Goldgelber Tumor nimmt fast die ganze Bauchhöhle ein. Uterus normal. Ausschälung. Heilung. In dem Tumor ein zweifaustgrosses hartes Gebilde, als Fibrom des rechten Ovariums aufgefasst. Verf. glaubt, dass dieses durch dauernden Druck Wucherung des Fettgewebes ausgelöst hat.)

5. Bender, Xavier, Fibrome du ligament large avec un fibrome de l'utérus. Revue de gyn. Vol. 22. Heft 5. p. 435. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. Bd. 5. Heft 14. p. 652. (48jährige IVpara, Blutungen. Angenommen Myom und Ovarialtumor. Laparotomie. Rechts orangegrosses Myom im Ligamentum latum ohne jeden Zusammenhang mit dem Uterus. Das Ovar an seiner hinteren Kuppe, die Tube im Bogen darüberziehend.)

6. Bengsch, Zur Kasuistik der Pfählungsverletzungen. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 92. p. 729. (Fall 2: Mädchen fällt aus dem ersten Stock in den Keller und spiesst sich auf zwei Latten eines Holzgitters auf. Kaum Blutung, Bewusstsein erhalten. Laparotomie. Der eine Pfahl war durch das hintere Scheidengewölbe ins Kreuzbein gedrungen und hatte dieses teilweise zersplittert. Nur mit äusserster Kraftanstrengung gelingt die Entfernung. Rektum unverletzt, Tamponade durch den Scheidenriss. Der andere Pfahl war unter die Bauchwand eingedrungen. Exitus im Schock. — Fall 4, bei einem Knaben, ist interessant wegen des grossen retroperitonealen Hämatoms.)

7. Bingold, K., Das klinische Bild der Puerperalinfektionen durch Bacillus phlegmones emphysematosae (E. Fraenkel). Beitr. z. Klin. d. Infektionskrankh. u. z. Immunitätsforsch. Bd. 3. Heft 1/2. p. 377. (Bingold, ein Schüler Schottmüllers, berichtet über 130 Fälle von Abortus, in welchen der E. Fraenkelsche Gasbazillus teils in der Cervix, teils im Blut nachgewiesen werden konnte. 28 Fälle hatten ganz reaktionslosen Verlauf, 26mal folgte auf die Ausräumung einmaliger Schüttelfrost mit Fieber, weiter glatter Verlauf; 22 von diesen Fällen hatten schon vor der Ausräumung gefiebert. Nur einmal kam es unter schweren Krankheitserscheinungen am 10. Tag des Wochenbettes zum Exitus, ohne dass ausser der eitrigen Endometritis irgend eine Lokalisation (Schaumorgane etc.) hätte nachgewiesen werden können. Zweimalige Blutkultur negativ. Diesen Fällen stehen nun 37 Fälle mit schwersten Erscheinungen gegenüber (besonders ungünstig ist Mischinfektion mit Staphylokokken). Neben drei Fällen von Sepsis und sechs Fällen von Peritonitis (Operation), die zur Heilung kamen, sind ebensoviele tödliche beschrieben. Speziell erwähnenswert sind 10 Fälle (8 Todesfälle), in welchen eine parametrane Erkrankung nachgewiesen ist (freilich nicht allein), und fünf weitere mit ausgesprochener Thrombophlebitis neben der Peritonitis. Der Gasbazillus kann also dieselben Krankheitsbilder verursachen wie andere Keime, allerdings mit spezifischer, blutig-seröser (Gasbildung), nicht eitriger Exsudation. Die Peritonitis entsteht z. B. meist auf dem Lymphwege vom Endometrium aus, nicht durch die Tube. Von Allgemeinsymptomen sind bemerkenswert die Hämoglobinurie, Hämoglobinämie, der Ikterus.)

8. Bloodgood, J., The diagnosis and treatment of borderline pathological lesions. Surg., Gyn. and Obst. I. 1. (Bindegewebsgeschwülste soll man nie enukleieren, sondern stets herausschneiden wegen der Gefahr der Bösartigkeit.) (J. Veit.)

9. Boni, Enrico, Le grosse cisti dell' uraco. Clin. chir. Jg. 22. Nr. 2. p. 195. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. Bd. 5. Heft 6. p. 264.

10. Bonney, Der Stützapparat des weiblichen Genitalapparates, die Senkungen, die infolge seiner Schwäche entstehen und ihre Behandlung. Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. June. Nr. 6. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 42. p. 1337. (Bonney unterscheidet einen oberen, mittleren und unteren Abschnitt des Stützapparates und meint, dass einzelne Abschnitte oder Kombinationen derselben erschlaffen können; so kann die Erschlaffung des mittleren Teiles (Ligg. utero-sacralia und cervico-pelvica lateralia) Inversion der Scheide und Verlängerung der Cervix bedingen. Ist dieser Teil und die untere Gruppe (Beckenbodenmuskulatur) schlaff, so genügt die blosse Kolpoperinaeorrhaphie nicht, es müssen auch die Ligamente verkürzt werden.)

11. Borodkin, S. M., Durch Typhus abdominalis bedingte Parametritis. Russ. Wratsch. 1911. Ref. Gyn. Rundschau. Bd. 8. p. 304. (Vier Wochen nach Typhus entstand eine beiderseitige Parametritis mit „Entzündung“ an der vorderen Bauchwand. Nach ½ Jahr Durchbruch am Nabel. Im Eiter Typhusbazillen [Kultur].)

12. Bortkiewitsch, A., Beitrag zur Kenntnis der Adenomyome des weiblichen Genitaltraktus. Arch. f. Gyn. Bd. 101. p. 620. (Unter den 10 Fällen einer im hinteren Scheidengewölbe und einer in der Leistengegend. — Fall 3. Adenofibroma canalis inguinalis sin. 41jährige Frau, 3,5 : 2,5 cm grosser Tumor, Exstirpation. Histologisch Drüsen mit hochkubischem Epithel, deutlicher Membrana basilaris und einem dicken Mantel von Spindelzellen, der in dem kernarmen Gewebe auffällt. Gelegentlich schleimhautartiges Stroma. Reichlich Blutergüsse, Pigmenthaufen. Abstammung vom Wolffschen Gang, nicht vom Wolffschen Körper. — Fall 10: Ad. vaginae fornic. post. Im allgemeinen dasselbe Bild, obwohl makroskopisch Fistel vorhanden war, ist histologisch eine direkte Verbindung der Drüsen mit der Scheidenschleimhaut nicht nachweisbar. Bortkiewitsch möchte die Adenokolpitis von embryonal abgesprengtem Scheidenepithel ableiten, welches durch chronische Entzündung postfötal zur Wucherung gekommen ist.)

13. Breitung, Georg, Ein doppeltes Ganglioneuroma sympathic. an der Vorderfläche des Os coccygis als Geburtshindernis. Inaug.-Diss. Berlin.

14. Brown, G. van Amber, Pelvic infections. Journ. of the Michigan state med. soc. Vol. 13. Nr. 4. p. 233.

15. Bumke, Erich, Epitheliale Neubildung im rektogenitalen Zwischengewebe beim Weibe, ein Beitrag zur Pathologie des Gartnerschen Ganges. Inaug.-Diss. Berlin.

16. Buriánek, B., Inkarzeration einer Dünndarmschlinge zwischen den Blättern des Ligamentum latum. Casopis lekar. ceskych. Nr. 25. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 34. p. 1199. (65jährige Frau mit chronischen Darmbeschwerden erkrankt an Ileus. Laparotomie. An der Hinterwand des rechten Ligamentum latum eine Darmschlinge inkarzeriert in einer mit Serosa ausgekleideten Höhle. Da der retroflektierte, myomatöse Uterus amputiert wurde, konnte die Höhle nicht genauer untersucht werden.)

17. Cederbaum, Leo, Zur Ätiologie und Klinik der Dermoide und kongenitalen Epidermoide. Beitr. z. klin. Chir. 1913. Bd. 88. Heft 1. p. 92. (Ausser mehreren Dermoiden des Kopfes, des Halses, der Linea alba und des Nabels werden zwei Dermoide der Kreuzsteissbeingegend bei jungen Männern [mit Fistel] und ein Dermoid der Glutäalgegend beschrieben.)

18. Cullen, Thomas S., Adenomyoma of the rectovaginal septum. Journ. of the Amer. med. Assoc. Vol. 62. Nr. 11. p. 835. (Southern Surg. and Gyn. Assoc. Dec. 16—18. 1913. Zwei Fälle, kasuistisch.)

19. Cumston, The pathogenesis and differential diagnosis of perirenal abscess complicating the post partum period. Amer. Journ. of Obst. Nr. 8.

20. Delaunay, E., Enorme fibrome du ligament large. Paris chir. 1911. p. 812.

21. Dirks, Frl. M., Gasphlegmone nach kriminellem Abort. Gyn. Ges. in Breslau. 26. Mai. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 41. p. 1314. (24jähriges Mädchen, kollabiert. Schwangerschaft 4.—5. Monat, Hämoglobinurie. Genitalblutungen. Geständnis, dass sie Holzessigspülungen gemacht. Erholung. Tags darauf Fieber, Abortus. Am dritten Tag 39°, 130 Puls. Schwellung der linken Glutäalgegend, die auf den Oberschenkel übergreift; Knistern; bei Inzision entweicht Gas. Ikterus. 50 Stunden nach der Spülung Exitus. Bei der Sektion Verletzungen des Uterus, Gasphlegmone des linken Parametriums, welche durch das Foramen ischiad. maius auf die Glutäalgegend übergreift. Im Blut Fraenkels Gasbazillus. — Die Hämoglobinurie wird als Folge der Holzessigvergiftung aufgefasst. Die Symptome der Gasphlegmone sind erst am dritten Tag aufgetreten.)

22. Dirks, Marie, Marmetschke und Kriebel, Gasphlegmone nach kriminellem Abort. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. Heft 3. p. 376. (Bei der Sektion des Falles [siehe Nr. 21] fanden sich die beiden Blätter des Ligamentum latum durch Gas auseinandergedrängt, als wären sie mit Luft aufgebläht. Die ganze linke Beckenhälfte war dadurch ausgefüllt. Das Gewebe bräunlich, missfarben. Auch der Musc. pyriformis, die Glutaei und das darüberliegende Fettgewebe war ebenso verändert. Die Phlegmone hatte sich also vom linken Parametrium auf die Glutäalgegend und den Oberschenkel ausgebreitet. Das rechte Parametrium war in viel geringerem Grade erkrankt. An der Innenwand der Harnblase fanden sich ebenfalls zahlreiche wasserhelle Bläschen. Sonst keine Schaumorgane, bis auf kleinste, weissliche Herdchen in der Leber und Milz. Im Herzblut der Bac. phlegm. emph. Ein derartig ausgedehnter lokaler Herd mit Zerfall und Gasbildung ist bei puerperaler Sepsis noch nicht beschrieben worden.)

23. Enderlen, Myxom der Bauchhöhle. Würzburger Ärzteabend, 14. Juli. Ber. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 41. p. 2075. (Extraperitonealer Stiel, Ausgang zweifelhaft.) 21jähriges Mädchen; seit ½ Jahr Vorwölbung am Damm und aus der Scheide, bald danach Anschwellung des Leibes. Mit Diagnose: Hernia perinealis eingewiesen. Laparotomie. Bis unter das Zwerchfell reichendes Myxom, dessen Stiel rechts im kleinen Becken liegt. Exstirpation. Drainage. Bis auf ein Hämatom glatte Heilung.)

25. Engelking, E., Intraligamentär entwickelte Eierstocksschwangerschaft. Inaug.-Diss. Freiburg 1913.

26. Engström, Otto, Implantationen des Ureters ins Colon descendens und in die Harnblase. Finska Läkaresällsk. Handl. Bd. 56. Heft 3. p. 289. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. Bd. 5. Heft 3. p. 123. (Fall 1: Exstirpation eines retroperitonealen Tumors der Fossa iliaca sin. Der Ureter oberhalb des Beckeneinganges abgeschnitten; der distale Teil nicht gefunden. Implantation ins Colon descendens. Heilung. Noch nach 15 Jahren keine Pyelitis und keine Darmstörung bei sicher anhaltender Entleerung des Harns in den Darm.)

27. Falgowski, W., Über entzündliche Adnexerkrankungen einschliesslich der Para- und Perimetritis. Sammelreferat. Gyn. Rundschau. Bd. 8. p. 525 u. 548.
28. Fiolle, Jean, et Paul Fiolle, Les fibroses péri-métrorectales. Etude clinique. Journ. de chir. Tome 12. Heft 5. p. 575. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. Bd. 5. Heft 13. p. 623. (Es handelt sich offenbar um Parametritis posterior mit Verengerung des Mastdarmes, als Endausgang verschiedener Entzündungen des Genitales. Symptome die der Darmstenose. Zur Unterscheidung gegenüber Krebs am wichtigsten die Verschieblichkeit der Schleimhaut. Behandlung soll in Hysterektomie mit folgender Dilatation bestehen; eventuell ist die Anlegung eines Anus praeternaturalis nicht zu umgehen. — Literatur wird gar nicht besprochen.)
29. v. Frisch, Ileus bei parametranem Exsudat. Ges. d. Ärzte in Wien, 13. Febr. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 7. p. 163. (Wegen Ileus Kolostomie am Querkolon. Ca. fünf Monate später versuchsweise Einlegen einer eigenen T-Kanüle, und als sich das Rektum gut durchgängig erwies, Verschluss des Anus praeternaturalis.)
30. Goullioud, Fibromes distants et fibromes aberrants d'origine utérine. Revue de gyn. XXII. Nr. 2.
31. Gross, Über mannskopfgrosses, intraligamentär entwickeltes Myom. Verein deutscher Ärzte in Prag, 12. Dez. 1913. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 3. p. 142. (36jährige Patientin. Das Myom hängt nach Ausschälen aus dem Ligamentum latum mittelst daumendicken Stieles am Uterus.)
32. Halban, Demonstration von atypischen Myomen. Geb.-gyn. Ges. in Wien, 20. Jan. Ref. Gyn. Rundschau. Bd. 8. p. 582. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 29. p. 1027. (a) Kopfgrosses Myom im rechten Ligamentum latum, 1600 g schwer, durch wenige Stränge mit dem Uterus verbunden. — b) Haselnussgrosses Myom des linken Lig. latum, ca. 3 cm von der Uteruskante entfernt. Zufällig bei vaginaler Totalexstirpation gefunden, im ersten Moment für eine Drüse gehalten. — c) Faustgrosses Myom des rechten Lig. rotundum, 530 g schwer, bei viermonatlicher Schwangerschaft entfernt. Es hatte plötzlich heftige Schmerzen verursacht; wegen Verdacht auf beginnende Peritonitis Transport ins Krankenhaus.)
33. Hall-Edwards, J., Über die Bedeutung der Phlebolithen. Brit. med. Journ. 1913. Dec. 13. Ref. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 17. p. 524. (In den Beckenvenen finden sich häufig Konkremente; nur in 17—20% der daraufhin untersuchten Fälle waren Nierenkonkremente vorhanden. Die Phlebolithen sind meist ausschliesslich oder doch überwiegend auf der Seite des Schmerzes, in den die Blase, die Gebärmutter, den Mastdarm begleitenden Venen. Sie weisen auf vorangegangene Entzündung und auf Erweiterung der Venen hin.)
34. Hamant, Contribut. à l'étude de l'echinococcose secondaire abdominale pelvienne et de son traitement. Thèse de Nancy. 1913.
35. — und R. Pigache, Kritische Studie über die Coccygodynie. Revue de chir. Janv. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 22. p. 1243. (Unter Coccygodynie sollte man nur jene Schmerzen verstehen, die vom Steissbein selbst ausgehen und immer auf eine Luxation desselben (durch Fall, schwere Geburt) zurückzuführen sind. Behandlung chirurgisch. Resektion des Steissbeins.)
36. Houssay, B. A., et L. Carbone, Retroperitoneales Lipom. Rev. de la soc. méd. Argentin. 1913. Bd. 21. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. Bd. 4. Heft 8. p. 409. (Verfasser trennen die retroperitonealen Lipome als besondere Gruppe ab von den mesenterialen. Sie können in der Mitte, lateral, oder im kleinen Becken entstehen, können gutartig und bösartig sein, zeigen histologisch die mannigfachsten Kombinationen mit Myxom, Fibrom, Sarkom. Im allgemeinen wachsen sie symptomlos; erst durch Druck auf die Nachbarschaft [Zwerchfell, Vena cava etc.] machen sie bestimmte Erscheinungen. Verwachsung mit Darm oder Mesenterium mitunter schwer oder gar nicht zu lösen, weshalb manchmal Darmresektion nötig. Die grossen Tumoren führen schliesslich zu Kachexie. Entwicklung manchmal sehr rapid. Mortalität der Operation zurzeit etwa 25%. Rezidive sind nicht selten, auch bei gutartig aussehenden Geschwülsten; Metastasen nur sehr selten. Trotzdem ist im Stadium der Kachexie von der Operation abzuraten, da der Operationsschock nicht mehr ertragen wird.)
37. Jacobs, Friedrich, Über einige adenomyomatöse Tumoren an den weiblichen inneren Genitalorganen. Inaug.-Diss. Strassburg i. E.
38. O'Kelly, W. D., Sacro-coccygeal tumours. Transact. of the royal acad. of med. of Ireland. 1913. Vol. 31. p. 429. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. Bd. 4. Heft 7. p. 339. (11monatlicher Knabe, Exstirpation.)

39. Klein, G., Myom im Septum urethro-vaginale, Tumor des Wolffschen Ganges (?). Dem. Münchn. gyn. Ges. 26. Febr. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 36. p. 1221. (Mikroskopisch nur glatte Muskulatur, keine Drüsen.)

40. Kober, C., Zur Lehre der gliomatösen Neuroepitheliome der Steissgegend. Inaug.-Diss. Strassburg 1913.

41. Koch, L., Dermoide des Beckenbindegewebes. Inaug.-Diss. Greifswald.

42. Koester, F. W. H., Über sakro-coccygeale Geschwülste. Inaug.-Diss. Kiel 1913.

43. Kohler, Bernhard, Aktinomykose des Bauchfells, zugleich ein Beitrag zur Frage der primären Genitalaktinomykose. Frankf. Zeitschr. f. Path. Bd. 15. Heft 1. p. 146. (B. Kohler beschreibt eine Aktinomykose. Die 33jährige XIIpara klagt seit drei Monaten über Schmerzen in der linken Seite und im Bein. Periode seither schwächer. Vor acht Wochen war ein Bauchdeckenabszess eröffnet worden. Gegenwärtig eine harte, sehr schmerzhafte Infiltration; Haut verschieblich, nicht gerötet. Zwei Fisteln. Genitale: Lage des Uterus zweifelhaft. Rechtes Parametrium frei. Links hartes, sehr schmerzhaftes Infiltrat bis zur Beckenwand. Hintere Vaginalwand vorgewölbt. Inzision, Eröffnung mehrerer Herde in den Bauchdecken. Bei neuerlicher Untersuchung in Narkose Uterus retroflektiert, beiderseits daumendicker Strang zur Beckenwand. Die Aktinomykose kann auch histologisch noch nicht sichergestellt werden. Drei Wochen nach der Inzision Abortus. Später Milztumor. 3½ Monate nach der Operation werden in einem Abszess über dem linken Trochanter Aktinomyzesdrusen nachgewiesen. In der Folge Kachexie, äusserste Anämie (10% Sahli Hb). Exitus einen Monat später. Sektion: Grosser subphrenischer Abszess, zahlreiche kleine Abszesse zwischen den Darmschlingen, in der Leber; grosser Milzabszess, der in die Milzvene übergeht. Apfelgrosses Infiltrat im linken Parametrium, mit zahllosen Gängen, Abszessen, mit zähschleimigem, gelblichem Inhalt. Mehrfach drohende Perforationen ins Rektum. Linkes Ovarium nicht aufzufinden. — Von histologischen Befunden werden speziell die aus der Leber und aus dem Parametrium beschrieben. In letzterem finden sich im fibrillären Bindegewebe in überreichlicher Anzahl Abszesse. Drusen in sehr grosser Anzahl, oft bis zu fünf in einem Schnitt. Ein wesentlicher Unterschied gegenüber den Leberabszessen besteht darin, dass die Abszesswand von einem Wall von Plasmazellen und grossen Rundzellen gebildet wird, dem sich dann das zellarme fibröse Bindegewebe nach aussen anschliesst, welches zum Teil deutlich hyalin verdickt ist. — Die Pilze wuchsen streng anaerob auf Aszitesagar. — Bei der Besprechung des Infektionsweges schliesst Kohler den Darm und die Haut aus dem anatomischen Befund und dem klinischen Verlauf aus. Auch für embolischen Ursprung des parametranen Prozesses spricht nichts. Alles deutet darauf hin, dass der letztere der primäre Herd war. Man muss eine Infektion vom Genitale aus annehmen.)

44. Kouwer, Kleines Fibrom des Ligam. ovarii propr. Nederl. gyn. Vereeniging. 30. Nov. 1913. Utrecht. Ber. Gyn. Rundschau. Bd. 8. Heft 10. p. 385. (Diagnose hatte zwischen Pyosalpinx und Ovarialgeschwulst geschwankt.)

45. Kotzulla, O. H., Zur Chirurgie der tiefen Beckendrüsen. Inaug.-Diss. 1913. (Vgl. Jahresber. f. 1912. I. p. 68.)

46. Kreutzmann, Henry J., A case of extraperitoneal, intraligamentous dermoid cyst and pregnancy. California state Journ. of Med. Vol. 12. p. 194. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. Bd. 5. Heft 10. p. 486. (28jährige IIpara. Zufälliger Befund Ovarialzyste bei Schwangerschaft im vierten Monat, ohne Beschwerden. Laparotomie. Enukleation.)

47. Law, A. A., Über ventrale Tumoren des Sakrums. Surg., Gyn. and Obst. 1913. Vol. 17. Nr. 3. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 4. p. 187. (Kaiserschnitt wegen des Beckentumors. Da derselbe per laparot. nicht entfernt werden konnte, später Exstirpation nach Resektion des Kreuzbeines. Tumor besteht aus zwei Teilen; einem grösseren aus lockerem Bindegewebe mit eingelagerten Nestern von embryonalen Zellen, und einem kleineren aus Ganglienzellen bestehenden. — Literatur.)

48. Laws, George M., Cystic fibrosarcoma of the ovary and broad ligament resembling pregnancy. Amer. Journ. of Obst., Dis. of Women and Childr. Bd. 69. Nr. 6. p. 1038. (Aufklärung durch Röntgenbild.)

49. Léo, Lipome sous-péritonéal pariétal. Soc. des chir. de Paris. 20 Mars. La Presse méd. Nr. 27. p. 259. (15jähriges Mädchen. Exstirpation eines 5 kg schweren Lipoms, welches drei Viertel der Bauchhöhle eingenommen hatte und an den Iliakalgefässen fixiert war. Der Tumor ist wahrscheinlich angeboren, da die Operation schon im Alter von neun Monaten beabsichtigt war. Vorläufige Heilung.)

50. Leuret, Fibrome du ligament large, bilobé. Soc. des chir. de Paris. 20 Mars. La Presse méd. 4 Avril. Nr. 27. p. 259. (In der Furche zwischen den beiden Lappen die Arteria uterina.)
51. Lexer, Karl, Pfählungsverletzungen. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 12. p. 654. (Lexer führt sieben typische Pfählungen [des Unterleibes] auf, darunter fünf extraperitoneale und vier atypische. Hier interessiert vor allem Fall 5: 16jähriges Dienstmädchen fällt vom Heuschober und spiesst sich vom Damm aus den Heugabelstiel in den Leib. In einem Krankenhaus wird daraufhin operiert, da aus der Vagina Kot abgeht. Seither normale Stuhlentleerung. Nach einiger Zeit Fieber, Resistenz in der linken Bauchhälfte, sehr schmerzhaft; Fluktuation. Inzision über dem Ligam. Pouparti. Es entleert sich viel übelriechender Eiter. Die Bauchhöhle wird nicht eröffnet. Tamponade, Heilung. — Von den übrigen „typischen" Fällen [alle bei Männern] ist einer am sechsten Tag einer Nachblutung erlegen.)
52. Macrez, Tonicité utéro-pelvienne. Son exploration, son importance. Presse méd. Nr. 3. p. 28. (Allgemeines über Tonus des Uterus, Hyper-, Hypo- und Atonie, Diagnose und Behandlung.)
53. Marcinczyk, G. A., Beitrag zur Klinik und Anatomie der retroperitonealen Myome. Inaug.-Diss. Strassburg 1913.
54. Meyer, Justinus, Ein Lymphangiofibroendothelioma cysticum retroperitoneale. Inaug.-Diss. Jena.
55. Niedermayer, Otto, Über reflektorische Anurie. Inaug.-Diss. München 1912. (Nach Totalexstirpation wegen Myoms schwere Infektion der Parametrien; dadurch wochenlange Störung der Nierentätigkeit, als reflektorisch aufgefasst, ohne organische Läsion der Niere. Heilung durch Nierendekapsulation.)
56. Opitz, Liposarkom. Med. Ges. Giessen. 3. März. Deutsche med. Wochenschr. p. 1499. (Tumor im Beckenbindegewebe, Lipom und Sarkom. Ausgang Adhäsionen oder Appendices epiploicae.) (J. Veit.)
57. Peiper, Das sog. Cladosche Ligament. Appendizitis und Salpingooophoritis dextra. Inaug.-Diss. Greifswald.
58. Orthmann, Die Anwendung des Ichthyanats in der Gynäkologie. Der Frauenarzt. Nr. 3.
59. Polano, O., Die Behandlung der Entzündungen der Adnexe und des Beckenbindegewebes. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. Bd. 5. Heft 15. p. 673. (Sammelreferat, vorwiegend über Behandlung der Adnexerkrankungen.)
60. Radomski, Zur Kasuistik von gigantischen intraligamentösen Fibromyomen. Prakt. Wratsch. 1912. Nr. 20. Ref. Gyn. Rundschau. Bd. 8. p. 339. (Geschwulst war 24 kg schwer. Uterus ganz normal. Der Tumor als primär im Beckenbindegewebe entstanden aufgefasst.)
61. Richter, Hans, Innervation der Musculi glutaeus profundus, obturator int., gemelli, quadratus femoris bei Pferd und Rind. Anat. Anz. Bd. 45. Nr. 16—17. p. 417.
62. Rosner, Die Kystoskopie im Dienste der Diagnose und Indikationsstellung bei Parametritis purulenta. Krakauer gyn. Ges. 28. Jan. 1913. Ber. Gyn. Rundschau. Bd. 8. p. 306. (Puerperaler Prozess im Lig. lat. sin. und antecervikal. Bullöses Ödem an umschriebener Stelle, als Vorbereitung zum Durchbruch aufgefasst. Inzision von der Scheide aus.)
63. Roy, J., Fibrome oedémateux du ligament large avec poche liquide simulant un pyosalpinx. Ann. de gyn. II Série. Tome 11. p. 298. Bull. et mém. de la soc. anat. de Paris. Jg. 89. Nr. 3. p. 103. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. Bd. 5. Heft 5. p. 207. (45jährige Nullipara mit starken Blutungen seit drei Monaten. Kindskopfgrosser fluktuierender Tumor links neben dem vergrösserten weichen Uterus. Operation: innerhalb des Ligamentum latum ein ödematöses Fibrom, das im hinteren Abschnitt eine orangegrosse Höhle mit brauner sirupartiger Flüssigkeit aufwies. Ausserdem kleines Fibroma colli uteri.)
64. Sabadini, Ver lumbricoide dans un phlegmon du ligament large des suites de couches. Bull. de la soc. d'obst. et de gyn. de Paris. 1913. II. Nr. 9. p. 787. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. Bd. 4. Heft 13. p. 613. (Zwei Tage nach Eröffnung des Abszesses im Drainrohr ein Ascaris gefunden. Bei der späteren Laparotomie eine Darmschlinge mit dem linksseitigen Adnextumor fest verwachsen.)
65. Schickele, G., Klinische und topographisch-anatomische Studien über Cervixmyome. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 75. Heft 3.

66 Schmidseder, Max, Über primäre Beckenknochensarkome (mit einer Zusammenstellung von 178 Beckensarkomfällen aus der Literatur und einem selbstbeobachteten Fall). Inaug.-Diss. München.

67. Sencert, L., Le traitement du varicocèle tubo-ovarien par la résection veineuse intraligamentaire. Arch. mens. d'obst. et de gyn. Janv.

68. Squier, J. Bentley, Rectovesical echinococcus cyst. Ann. of Surg. Vol. 59. Nr. 3. p. 396. (35jähriger Mann, stark abgemagert. Harndrang, Schmerzen in der Glans penis. Enorm ausgedehnte Harnblase. Kystoskopie unmöglich. Durch Kystotomie Entleerung von 2—300 Echinokokkenzysten. Drainage. Tumor im rechten Epigastrium. Inzision: Echinokokkenzyste der Leber. Da sich noch andauernd aus der Blase Zysten entleeren, wurde in dritter Operation das Peritoneum eröffnet. Entfernung einer kleinen Zyste des Netzes. Im Trigonum vesicae eine Öffnung, welche in eine grosse, zwischen Blase und Rektum liegende Zyste führt. Inzision vom Damm aus, Vernähung der Zystenwand mit der Haut, Ätzung mit Karbolsäure. Naht der Blasenöffnung bis auf eine kleine Lücke für ein perineales Drain. Heilung.)

69. Szymanowicz, Vereiterung der Symphyse nach der Geburt. Gyn. Ges. in Krakau. 11. Nov. 1913. Ber. Gyn. Rundschau. Bd. 8. p. 308. (Eine Woche nach Spontangeburt Anschwellung oberhalb der Symphyse bemerkt. Fieber durch einen Monat. Operation 6½ Wochen p. p. Es fanden sich die Knochenenden usuriert.)

70. Taussig, F. J., Über das Sarkom des Ligamentum rotundum uteri. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 19. Nr. 2. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 52. p. 1528. (Kindskopfgrosser solider Tumor des rechten Lig. rot., vor der Operation für Ovarialtumor gehalten. Spindelzellensarkom. In der Literatur unter 141 Fällen von Tumoren des Lig. rot. nur fünf Sarkome.)

71. Tédenat, Sur les fibro-myomes du col de l'utérus. Bull. de la soc. d'obst. et de gyn. de Paris. Tome 3. Nr. 4. p. 316. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. Bd. 5. Heft 10. p. 464. (Auf 390 Korpusmyome kommen 12 Cervixmyome, davon 10 solitäre. Vier waren nach vorn, fünf seitwärts ins Ligamentum latum, drei nach dem Douglas entwickelt. Gewicht 1800—3100 g. In einem Fall hat das verkalkte Myom die Blasenwand bis auf die Mukosa usuriert.)

72. Thiers, E., Ecrasement de la région périnéo-pubienne chez une fillette de quatre ans et demi. Fracture du bassin. Résultats éloignés de l'intervention chirurgicale. Journ. de méd. de Paris. Tome 34. Nr. 14. p. 273. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. Bd. 5. Heft 4. p. 161. (Zertrümmerung des rechten Schambeinastes durch Überfahrenwerden. Schwere Wunden am Damm; Scheide, Blase, Rektum unverletzt. Debridement, teilweise Naht, Tamponade der prävesikalen Wunde und der Vagina. Langsame Entfieberung, Heilung. Kann nach 5½ Monaten gut gehen. Vagina scheint nicht atretisch geworden zu sein.)

73. Tourneux, J. P., et Fabre, Kyste dermoide parovarien dégénéré. Arch. méd. de Toulouse. Jg. 21. p. 83. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. Bd. 5. Heft 11. p. 507. (Krebsige Dermoidzyste im Lig. latum, bei Vorhandensein normaler Eierstöcke. Vermutlich Abstammung vom Wolffschen Körper. Gegen Herkunft von einem abgesprengten Ovarium spricht das Fehlen von Ovarialgewebe.)

74. Wagner, G., Über tödliche postoperative Embolien. Inaug.-Diss. Strassburg 1913. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 45. p. 1405. (Unter 22 tödlichen postoperativen Embolien konnte als Ausgangspunkt neunmal [40,9%] die Kruralvene, achtmal [36,4%] Beckenvenen, zweimal Kombination beider festgestellt werden; in zwei geburtshilflichen Fällen auch die Beckenvenen.)

75. Wolff, Auf Nachbarorgane übergreifende Adenomyome. Mittelrhein. Ges. f. Geb. u. Gyn. 14. Dez. 1913. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. Heft 4. p. 580. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Heft 20. p. 737. (Zwei Fälle. Retroflexio, im hinteren Scheidengewölbe kleinapfelgrosser, mit Cervix und Rektum zusammenhängender Tumor. Bei der Totalexstirpation wurde in einem Falle die Mukosa des Mastdarmes freigelegt, im anderen sogar eröffnet. — Mikroskopisch Drüsenzüge von der Korpusschleimhaut bis zum Rektum. Sie sind bestimmt nicht bösartig. Als Ausgangspunkt kommen Serosa und Uterusmukosa in Betracht, ferner heterotope Adenomyome. — Wie weit man die Operation auszudehnen hat, ist noch strittig. Der eine Fall ist rezidiviert [unvollständige Operation] und ist danach ohne wesentlichen Erfolg bestrahlt worden.)

76. Zaccarini, Giacomo, Considerazioni chirurgiche sopra tre casi di ascessi retroperitoneali. Clin. chir. 1913. Jg. 21. Nr. 12. p. 2581. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. Bd. 4. Nr. 12. p. 579. (Drei Fälle; einer tuberkulös, einer nach Appendizitis, einer genetisch unklar.)

77. Zawacki, Stanislaus, Vier Fälle von Gefässnaht bei der abdominellen Uterusexstirpation. Inaug.-Diss. Berlin.

VII.

Vagina und Vulva.

Referent: Prof. Dr. Ludwig Knapp.

Vagina.

1. Affektionen des Hymen, Bildungsfehler der Scheide, angeborene und erworbene Gynatresien.

1. Abadie, Nouveau cas de vagin artificiel par transplantation intestinale. Rev. gin. Tome 16. p. 1.

2. Albrecht, P., Über plastischen Ersatz der Vagina bei angeborenem Defekt derselben. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 122. Heft 3 u. 4. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 29.

3. Anderes, E., Bildung einer künstlichen Vagina. Hegars Beitr. Bd. 19. Heft 2. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 17. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 17.

4. Bahr, J., Die operative Behandlung bei Aplasie der Scheide unter Mitteilung einer neuen Modifikation. Diss. Greifswald.

5. Bauer, Hämatokolpos und Hämatometra. Ges. f. Geb. u. Gyn. in Berlin, 22. Mai. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 40. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 10. Heft 5.

6. Berry, Hart, Note on Dr. Gamells and Prof. Patersons case of duplication of bladder, uterus, vagina and vulva. Journ. of Obst. and Gyn. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 21.

7. Best, N. D., Schwangerschaft bei unperforiertem Hymen. Brit. med. Journ. May. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 27.

8. Blair Bell, Further investigations into the chemical composition of Menstrual fluid and the secretions of the vagina as estimated from the analysis of haematocolpos fluid together with a discussion of the clinical features associated with haematocolpos and a description of the character of the obstructing membrane. Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 21. p. 209. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 21.

9. Boerma, Zwangerschap en geboorte bij sterk uitgesproken hypospadie der vrouw. Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. II. Nr. 11. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 17.

10. Boldt, H. J., Künstliche Vagina durch intestinale Transplantation. Southern. Surg. and Gyn. Assoc. Dec. 1913. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 26.

11. — Zwei Fälle von kongenitalem Scheidenmangel. New York Acad. of Med. Jan. 27. Ref. Med. Record. Bd. 85. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 26.

12. — Bericht über zwei Fälle von künstlicher Scheidenbildung durch Transplantation von Darm. Amer. Journ. of Obst. March. (Herabziehen einer gut mobilisierten Schlinge der Flexur. Gutes Dauerresultat.) Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 38.

13. Bouain, Vollständiger Mangel der Vagina, Hämatometra und doppelseitige Hämatosalpinx. Ginec. 1913. Nr. 13. Zentralbl. 1913. p. 1639. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 21.

14. Bourand, de, Abscence du vagin. Sem. méd. 1911. p. 476. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 21.

15. Bovis, de, La réfection du vagin absent au moyen d'une anse intestinale. Sem. méd. 1911. p. 157. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 21.
16. Broccha, Bildung einer künstlichen Scheide usw. Rev. mens. de gyn., d'obst. et de péd. Tome 8. Nr. 4. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 21.
17. Buist-Valentine, Carcinoma in a double uterus (uterus septus bicollis with vagina duplex). The Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 25. Nr. 2. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 29.
18. Bumm, Ersatz der fehlenden Scheide aus dem Dünndarm. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin. 1911. 8. Dez. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 21.
18a. Cohn, F., Missbildungen des weiblichen Urogenitalapparates. Sammelbericht von F. Cohn. Gyn. Rundschau. Heft 7.
19. Dieulafé, Hématométrie et hématocolpos par abscence partielle du vagin. Soc. d'obst. et de gyn. de Toulouse 4 Févr.
20. Divavine, Un cas d'absence du vagin et de l'utérus. Prakt. Wratsch. 1911. 31. Juli. Ref. Sem. méd. 1911. p. 571. Gyn. Rundschau. Heft 21.
21. Dordu, Uterus avec vagin double. Soc belge de gyn. et d'obst. 6 Déc.
22. Drummond, A cure of haematocolpos etc. Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. XXII. p. 304. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 21.
23. Engelmann, F., Wozu bedarf der Gynäkologe allgemeiner chirurgischer Kenntnisse? Beitr. z. klin. Chir. Bd. 92. Heft 4. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 31.
24. Flael, Bemerkungen zu der Schubertschen Scheidenbildung usw. Zentralbl. f. Gyn. 1912. p. 771. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 21.
25. Fournier, Narbige Atresie der Vagina. Bull. de la soc. d'obst. de Paris. Juillet 1912. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 21.
26. Franqué, O. v., Über Spaltbecken. Zugleich ein Beitrag zur Verdoppelung der inneren Genitalien. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 75. Heft 1.
27. — Seltene Missbildung der (inneren) Genitalien. Gyn. Rundschau. Heft 6. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 21.
28. v. Genserich, Siehe unter Vulva 1.
29. Gonnet-Bung, Sagittales Scheidenseptum als Geburtshindernis. Soc. d'obst. de Lyon. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1911. p. 1545. Gyn. Rundschau. Heft 21.
30. Gray, F. D., Das Problem der grossen Beckenhernie beim Weibe. Amer. Journ. of Obst. etc. Febr. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 25.
31. Grégoire, Technik der Operationen zur Schaffung einer künstlichen Scheide. Arch. gén. de chir. 1912. Nr. 12. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1913. p. 517. Gyn. Rundschau. Heft 21.
32. Grousdef, V., Sur l'atrésie de l'anus vaginal. La Gyn. Nov. 1913. Nr. 11
33. Hausmann, M, Zur Klinik der Doppelmissbildungen des weiblichen Genitale. Diss. München.
34. Herrmann, Die klinische Bedeutung der Veränderungen am weiblichen Genitale beim Status hypoplasticus (Bartel). Gyn. Rundschau. Heft 21. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 29.
35. Huismann, Über Infantilismus. Rhein.-westfäl. Ges. f. inn. Med. 17. Mai. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 46.
36. Josephson, Aplasia vaginae cum haematometra. Svensk. Läkar. Handling. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. Heft 2.
37. — Ein Fall von Aplasia vaginae cum haematometra. Gyn. Rundschau. 1913. p. 303. Heft 21.
38. Juvara, De la création d'un vagin dans les cas d'absence congénitale etc. Rev. de gin. Tome 18. p. 465. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 21.
39. Kamann, Cystadenoma ovarii, Haematokolpos und Hämatometra. Med. Ges. Magdeburg, 26. März. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 38.
40. Kaplan, Angeborener Defekt der Vagina. Diss. Berlin 1911. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 36. p. 101. Gyn. Rundschau. Heft 21.
41. Kemnitz, v., Der asthenische Infantilismus des Weibes. Diss. Leipzig 1913. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. Heft 1.
42. Kerr, J. M., Die operative Behandlung von Missbildungen des Uterus und der Vagina. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 18. Nr. 5. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 38.
43. Klaatsch, Das Problem des menschlichen Hymen. Gyn. Ges. in Breslau, 26. Mai. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 41. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. p. 332, 414. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 45.

44. Klotz, R., Ein Fall von Acardiacus anencephalus mit partiellem Defekt beider Müllerscher Fäden. Arch. f. Gyn. Bd. 101. Heft 3.
45. Koch, Die gegenwärtigen Anschauungen über den Infantilismus. Wiss. Vereinig. am städt. Krankenhaus zu Frankfurt a. M. 3. März.
46. Kraus, Emil, Demonstration eines Falles von Hämatokolpos und Hämatometra ex atresia vaginali. Ärztl. Verein in Brünn. 15. Dez. 1913. Ref. Wiener klin. Wochenschrift. Nr. 15. p. 451. (18 Jahre alt, nie menstruiert. Kindskopfgrosser Tumor, Uterus deutlich erkennbar, Vagina für den Finger durchgängig, in der Höhe der Endphalange ein narbiger Verschluss. Operation: vaginal.) (Heimann.)
47. Kreiss, Ph., Anus urethralis. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. Heft 3.
48. Kroemer, Die plastische Neubildung der Scheide usw. Prakt. Ergebn. d. Geb. u. Gyn. Bd. 5. Heft 1. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 21.
49. Lange, Doppelbildungen der Gebärmutter und Scheide. Med. Ges. zu Magdeburg, 26. Febr. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 17.
50. Lauweris, Création d'un vagin artificiel avec transplantation vaginale de l'intestine grêle suivant la méthode de Baldwin. Acad. de méd. de Belgique. 25 Janv. 1913. Ref. Sem. méd. 1913. p. 60. Gyn. Rundschau. Heft 21.
51. Mc Cann, Hämatometra und Hämatosalpinx mit Fehlen der Scheide. Roy. Soc. of Med. Oct. 5. 1911. Ref. Gyn. Rundschau. 1913. p. 910. Heft 21.
52. Markus, M., Scheidenplastik aus dem Rektum bei angeborenem Scheidendefekt. Diss. Leipzig.
53. Marquis, E., Behandlung der falschen Einmündungen des Rektums. Gyn. Jan. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 46.
54. Marshall, Fall von Uterus bicornis etc. (Querverlaufende Scheidenmembran.) Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Nr. 4. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 38.
55. Mauwaring-White, Schwangerschaft bei inperforiertem Hymen. Brit. med. Journ. March. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 27.
56. Meda, La distocia da sepimento transversale della vagina. L' arte ostetr. XXVIII. Nr. 2.
58. Novak, J., Über den Einfluss der Nebennierenausschaltung auf das Genitale. Arch. f. Gyn. Bd. 101. Heft 1.
59. Oberndorfer, Uterus septus cum vagina septa. Münchn. gyn. Ges. 18. Juni. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 32.
60. Pampolini, Atresia vaginalis totalis etc. Ginec. Nr. 17. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1913. p. 1639. Gyn. Rundschau. Heft 21.
61. Papanicol, Bildung einer künstlichen Vagina aus dem Dünndarm. Zentralbl. f. Gyn. 1912. p. 1021. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 21.
62. Pietkiewicz, Siehe unter Vulva 1.
63. Pollak, M., Kloakenmissbildung usw. Diss. München.
64. Pozzi, De la création d'une cavité vaginale par la méthode autoplastique dans les cas d'absence congénitale. Rev. de gin. et chir. Tome 17. p. 97. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 21.
65. Preskott, Occlusion of the lower part of the vagina etc. Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 20. p. 186. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 21.
66. Prochownik, Siehe unter Vulva 1.
67. Puppel, Ausmündung des rechten Ureters in das rechte Scheidengewölbe bei einer 20jährigen Virgo intacta. Ärztl. Kreisverein Mainz. 20. Jan.
68. Quence, Réfection du vagin avec une anse intestinale. Soc. de chir. 12 Mars. 1913. Sem. méd. 1913. p. 141. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 21.
69. Ritter-Smith, G., Uterus duplex cum vagina bipartita. New York med. Journ. Vol. 99. Nr. 20. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 38.
70. Romney, Formation of an arteficial vagina by transplantation of a portion of the ileum (Baldwins operation). Lancet. II. p. 1059. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 21.
71. Rosenstein, Uterus duplex, Vagina duplex; Hämatokolpos. Gyn. Ges. zu Breslau. 28. Okt. 1913. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 3.
72. Ruge, C., Über Gynatresien in der Gravidität. Arch. f. Gyn. Bd. 102. Heft 2. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 19.
73. Ruge, E., Ersatz der Vagina durch die Flexur mittelst Laparotomie. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 3. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 4. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 17.
74. Russel, A., Haematometra with absence of the upper part of the vagina. The Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 25. Nr. 2. p. 106.

75. Schubert, Concerning the formation of a new vagina in the case of congenital vaginal malformation. Surg. Gyn. and Obst. XIX. Nr. 3.
76. — Vaginaldefekt und Scheidenbildung aus dem Mastdarm. Zentralbl. f. Gyn. 1912. p. 1109. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 21.
77. Scott, Sectio caesarea in double uterus and double vagina. Transact. of Amer. Soc. of Obst. and Gyn. Amer. Journ. of Obst. Vol. 67. p. 519. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 21.
78. Sénéchal, Absence congénitale de vagin. Création d'un vagin artificial par greffe d'une anse intestinale. Gaz. des hôp. Nr. 82. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 49.
79. Simons, F. A., Eventration in Kombination mit verschiedenen anderen Missbildungen. Gyn. Rundschau. Heft 10.
80. Skutsch, Scheidenseptum. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Leipzig. 15. Dez. 1913. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 12.
81. Stauffenberg, v., Über Begriff und Einteilung des „Infantilismus". Münchn. med. Wochenschr. Nr. 5.
82. Stöckel, Über die Bildung einer künstlichen Vagina. Zentralbl. f. Gyn. 1912. p. 7. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 21.
83. Sselitzsky, S. A., Eine Geburt nach Operation des Anus vulvaris. Russ. Journ. f. Geb. u. Gyn. p. 595. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 38.
84. Strassmann, P., Über den Ersatz der fehlenden Scheide durch Implantatio recti. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin. 14. Nov. 1913. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 28. Gyn. Rundschau. Heft 21.
85. Weiss, Siehe unter Vulva 1.
86. Zabowroski, Stenose der Vagina. Przegl. chir. i gin. Bd. 4. Heft 1. Ref. Gyn. Rundschau. 1912. p. 199. Gyn. Rundschau. Heft 21.

2. Lageveränderungen der Scheide. Plastische Operationen.

1. Abramowitsch, Vernähung der vorderen und hinteren Vaginalwand als Operationsmethode bei Prolaps. Fünfter Russ. Gyn.-Kongress.
2. Ach, A., Pathogenese und Therapie des Prolapsus ani. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 93. Heft 2. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 44.
3. Albrecht, H., Siehe unter 6.
4. Altkaufer, Prolapsus recti etc. bei dreijährigem Mädchen. Przegl. chir. i gin. Bd. 9. Heft 1. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 11.
5. Asch, Ein neues Ventilschutzpessar. Wiener med. Wochenschr. Nr. 29. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 40.
6. Beckmann, W., Drei Fälle von Inversio uteri. Russ. Journ. f. Geb. u. Gyn. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. Heft 1.
7. Boldt, H. J., Vaginale Fixation oder Interpositio uteri bei Prolaps? New York. Acad. of Med. Febr. 24. Ref. Med. Record. Vol. 85. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 26.
8. Bonney, The sustentacular apparatus of the female Genital canal. The Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. June. p. 330.
10. Brandt, Kr., Genitalprolaps. Tijdskr. for den Norske Laegeforen. 1913. p. 879. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 23.
11. Braithwaite, L. R., and W. Craig, Hernia of the Uterus, Vagina and Fallopian Tubes in a Bog. Brit. med. Journ. July 25. p. 176. (Pseudohermaphrodit. Starke Entwicklung eines Uterus masculinus neben beiderseits nachgewiesenen Hoden. Ovarien fehlen.)
12. Clauss, E., Über Dauererfolge der Schauta-Wertheimschen Prolapsoperation. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 46. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 48.
13. Cramer, H., Beiträge zur Radikaloperation des Prolapses. Arch. f. Gyn. Bd. 101. Heft 1. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 21.
14. Crossen, H. S., Operative Behandlung langbestehender Uterusinversion. Journ. Amer. med. Assoc. Nr. 14. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 12.
15. Davidsohn, L. K., Zur chirurgischen Behandlung der Uterusprolapse. Russ. Journ. f. Geb. u. Gyn. 1913. p. 1163. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 14.

16. Delassus, Exohystéropexie ou suspension de l'utérus en hamac, comme traitement des prolapsus génitaux. Réun. Obst. et Gyn. de Lille. 27 Déc. 1913.
17. Deppe, Siehe unter 6).
18. Diskussion über Behandlung des Prolapses. Gyn. Helvet. Frühlingsausgabe.
19. Doldi, Ein neuer einfacher Retentionsapparat bei Senkung und Vorfall des Uterus und der Scheidenwände. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 18. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 42.
20. Drew, D., Prolapsus uteri et recti. (Kasuistik.) Lancet. Vol. 2. Nr. 3. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 14.
21. Ellermann, Zur Therapie des Mastdarmvorfalles. Nordostdeutsche Ges. f. Gyn. 7. Febr. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. Heft 4.
22. Fabricius, Siehe unter 4).
23. Fikentscher, A., Über die Erfolge der Ventrifixur und Vaginifixur beim Genitalprolaps. Diss. Strassburg. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 23.
24. Gitelson, Siehe unter 1).
25. Hadden, D., Anatomie des weiblichen Beckens und ihre Bedeutung für den Prolaps. Amer. Journ. of Obst. etc. Febr. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 23.
26. Halban, Siehe unter Vulva 1).
27. Halden, F. C., Ursachen des Misserfolges der Retropositionsoperation des Uterus. Journ. Amer. med. Assoc. Nr. 7.
28. Jacobs, Le Prolapsus génital. Soc. belge de gyn. et d'obst. 3 Janv. Bull. de la soc. belge de gyn. XXIV. Nr. 8.
29. Kendirdiy, L., Technik der Lokalanästhesie bei der Kolpoperineorrhaphie. Presse méd. Nr. 5. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 49.
30. Keyes, A. B., Der Beckenboden, Rektocele, Cystocele usw. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women. Sept. 1913. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 4.
31. Köhler, Siehe unter 5).
32. Latzko, Siehe unter 4).
33. Leonard, The post-operative results of trachelorrhaphie in comparison with those of amputation of the cervix. Surg. Gyn. and Obst. Vol. 18. Heft 1.
34. Madschuginski, A. S., Über operative Behandlung der chronischen Gebärmutterumstülpung. Med. Obosren. 1912. 9. Ref. Gyn. Rundschau. Nr. 9.
35. Maresch, R., Präparat nach Interposition des Uterus. Geb.-gyn. Ges. in Wien. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 29. Gyn. Rundschau. Heft 16.
36. Martin, Demonstration eines Prolapsbeckens. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin. 11. Juli 1913. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 13.
37. — E., Der Genitalprolaps. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. Heft 6.
38. — Prolaps des Uterus. Journ. Amer. med. Assoc. 1913. Nr. 14. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 4.
39. Nadory, B., Fascia lata-Implantation zur Heilung des weiblichen Genitalprolapses. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 12. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 14.
40. v. Neugebauer, Hysterokolposynthesis cruenta posterior usw. Sitzungen der Warschauer gyn. Ges. Bd. 8. Heft 2. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 11.
41. Novak, The surgical treatment of complete procidentia of the uterus. Surg. Gyn. and Obst. XIX. Nr. 3.
42. Oberndorfer, Siehe unter 5).
43. Oliva, A., Technische Modifikationen der Vaginalhysterektomie bei Prolaps. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 50. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 52.
44. Parsamoff, Über die operative Behandlung von Vaginal- und Uterusprolapsen nach Bumm. Fünfter Russ. Gyn.-Kongress.
45. Pini, Un caso di inversione cronica dell' utero. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. Heft 1.
46. Radwanska, v., Prolapsus uteri in virgine. Krakauer gyn. Ges. 28. Jan. 1913. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 8.
47. Ribbius, Über das Keulenpessar von Menge. Nederl. gyn. Vereenig. zu Amsterdam. 30. Nov. 1913. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 10.
48. Schindler, Zur operationslosen Behandlung des Scheiden- und Gebärmuttervorfalles. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 29.
49. Schubert, G., Die Verwertung der freien Faszientransplantation zur Heilung des Totalprolapses. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 1.

50. Sigwart, Prolaps bei Uterus bicornis bicollis. Demonstr. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin. 13. März. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 44.
51. Sippel, Eine neue Operationsmethode des Invaginationsprolapses des Mastdarmes der Frau. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 8.
52. Steffeck, P., Beitrag zur Operation der Incontinentia urinae und der grösseren Genitalprolapse. Zentralbl. f. Geb. u. Gyn. Bd. 75. Heft 1. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 9.
53. Stocker, Beitrag zur Geburtsleitung bei totalem Descensus vaginae. Gyn. Helvet. Frühjahrsausgabe. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 16.
54. Uberet, Ovarialtumor und Schwangerschaft. Incontinentia urinae et Prolapsus vaginalis. Gyn. Helvet. Frühjahrsausgabe.
55. Wade, H. A., Neue Methode der Kolpoperineoplastik (in 140 Fällen). Med. Record. 1913. Nr. 21. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 14.
56. — Endresultate der Operationen bei Verlagerungen von Uterus, Blase und Rektum. Amer. Assoc. of Obst. and Gyn. Sept. Ref. Med. Record. 17. Okt.
57. Ward, G., Eine Operation zur Heilung der Rektocele und Wiederherstellung der Funktion des Beckenbodens. Surg. Gyn. and Obst. Vol. 17. Nr. 3. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 4.
58. Wertheim, E., Zur Technik der Interpositio uteri beim Prolaps. Arch. f. Gyn. Bd. 102. Heft 2. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 19.
59. — Die Suspension der Portio vaginalis an den Sakrouterinligamenten. Arch. f. Gyn. Bd. 103. Heft 1. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 14.
60. Windisch, E., Vergleich der Schautaschen und Dührssenschen Vaginaefixation. Gyn. Ges. in Budapest, 24. Febr. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 30.
61. Worall, R., Operation gegen Urininkontinenz. Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 24. Nr. 4. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 17.

3. Neubildungen der Scheide, Zysten.

1. Ahlström, Ein Fall von Myoma vaginae. Gyn. Rundschau. 1913. p. 264. Svensk. Laekar. Handling. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. Heft 2.
2. Allmann, Die unblutige Karzinombehandlung. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 21. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 22.
3. Amann, Fibrome der Vagina. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. 1911. Nr. 33. p. 243. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 21.
4. Barkley, Fibroid tumors of the vagina. Surg. Gyn. and Obst. Nov. 1911. Ref. Revue de gyn. Tome 19. p. 275. Gyn. Rundschau. Heft 21.
5. Belgrano, Considerazioni sopra un caso di cisti della vagina da Residui del corpo di Wolff. La Rassegna di ost. e gin. 1909. Nr. 12. Ref. Gyn. Rundschau. 1911. p. 440 Gyn. Rundschau. Heft 21.
6. Beule, de, Considération au sujet du cancer primitiv du vagin et de son traitement. Acad. Royal. de méd. Belg. Sept. 1910. Ref. Rev. gin. et chir. Tome 16. p. 256. Gyn. Rundschau. Heft 21.
7. Bickel, A., Moderne Radium- und Mesothoriumtherapie. Hirschwald, Berlin. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 24.
8. Bortkiewitsch, Adenomyome des weiblichen Genitaltraktus. Arch. f. Gyn. Bd. 101. Heft 3. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 42.
9. Bossi, Beitrag zur Kasuistik der Vaginalzysten. Arch. ital. de gin. 1913. Nr. 7. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1913. p. 862. Gyn. Rundschau. Heft 21.
10. Braude, J., Zur Technik der Mesothorium-Therapie. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 2.
11. — Zur Behandlung des Karzinoms der weiblichen Genitalien mit Mesothorium. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 48.
12. Bumke, E., Epitheliale Neubildung im rektogenitalen Zwischengewebe beim Weibe. Ein Beitrag zur Pathologie des Gärtnerschen Ganges. Diss. Berlin.
13. Bumm, Weitere Erfahrungen über Karzinombestrahlung — Lazarus, Stand und neue Ziele der Radium-Mesothoriumtherapie. Berl. med. Ges. 7. Jan. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 2.
14. Bungart, Verschiedenartige Karzinome mit Radium behandelt. Allg. ärztl. Verein zu Köln, 16. März. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 22.

15. Calmann, Scheidenkarzinom. Demonstr. Geb. Ges. zu Hamburg, 13. Jan. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 15. p. 563.
16. Caturani, M., Chorionepithelioma uteri mit vaginalen Metastasen. New York. Acad. of Med. Dec. 23. 1913. Ref. Med. Record. Vol. 85. Nr. 12. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 26.
17. Cheranu, Ein Ganglion lymphaticum im Septum rectovaginale bei gleichzeitigem Bestehen einer Vaginalzyste, eine zweite Zyste vortäuschend. Soc. anat. de Paris 1910. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1911. p. 426. Gyn. Rundschau. Heft 21.
18. Cullen, Th. S., Adenomyoma of the rectovaginal septum. The Journ. of the Amer. med. Assoc. Vol. 62. p. 835. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 1.
19. Cuzzi, Contributo allo studio delli cisti vaginali in rapporto alla loro genesi. Annal. di ost. e gin. 1910. Nr. 1. Ref. Gyn. Rundschau. 1912. p. 534. Gyn. Rundschau. Heft 21.
20. Dirner, Ein operativer Fall von Carcinoma vaginae. Zentralbl. f. Gyn. 1911. p. 583. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 21.
21. Döderlein-Seuffert, Unsere weiteren Erfahrungen mit der Mesothoriumbehandlung des Karzinoms. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 5.
22. Edelberg, K., Zur Ätiologie des Scheidenkrebses. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 7.
23. — Eziologia del cancro della vagina. (Bei jahrelang gelegenem Pessar.) Gaz. ital. delle levatrici. Nr. 8.
24. Egli, F., Über Multiplizität von Geschwülsten. Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte. Nr. 15. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 19.
25. Falk, Primäres Scheidenkarzinom bei einem 19jährigen Mädchen. Ges. f. Geb. u. Gyn. Berlin, 24. Febr. 1911. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 21.
26. Fergusson-Young, Simple papillomata removed from vaginal wall after vaginal hysterectomy for cervical cancer. Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 20. p. 124. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 21.
27. Fischer, Scheidenzyste als Geburtshindernis. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 35. Heft 4. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 21.
28. Flaischlen, Über Implantationsrezidiv der Vagina. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 70. p. 899. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 21.
29. Fleischmann, Scheidentumor. Geb.-gyn. Ges. in Wien, 9. Dez. 1913. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 25. Gyn. Rundschau. Heft 12.
30. Forsell, Behandlung bösartiger Geschwülste mit Radium. Svensk. Laekar. Handling. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. Heft 2.
31. Freund, H. W., Die therapeutische Verwendung von Radium und Mesothorium. Strassburg. med. Zeitg. Heft 1. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 24.
32. Gauss, Klinische Erfahrungen mit der Radium- und Mesothoriumbehandlung bösartiger Geschwülste. Ärztl. Verein zu Marburg, 21. Febr. Ref. Münchn. med. Wochenschrift. Nr. 22.
33. Glaser, W., Das primäre Carcinoma vaginae und die Entwicklung der dabei geübten Operationsmethoden. Diss. Tübingen.
34. Gould, A. P., Radium und Karzinom. Brit. med. Journ. Jan. 3. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 24.
35. Griffith, W. S., Epithelioma of the vagina treated by radium. Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 25. Nr. 2.
36. — Primary epithelioma of the vagina treated by radium. Royal. soc. of med. sect. of Obst. and Gyn. Jan. Ref. Journ. of Gyn. and Obst. of the Brit. Emp. p. 105. Gyn. Rundschau. Heft 21.
37. Gudim-Lewkowitsch, Über zwei Fälle von Zysten des Wolffschen Ganges. Russ. Journ. f. Geb. u. Gyn. p. 231. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 29.
38. Guggisberg, Chorioepithelioma mit Metastasen in Vagina und Leber. Gyn. Ges. der deutschen Schweiz. 11. Dez. 12. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 45.
39. Hellier, Perithelioma vaginae et vesicae. Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 23. p. 427. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 21.
40. Henkel, Zur Strahlentherapie in der Gynäkologie. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 5.
41. Hirsch, Über Adenom der Vagina. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd 69. Heft 3. p. 742. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 21.
42. Hoehne, Karzinom des hinteren Vaginalgewölbes. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. p. 687. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 21.

43. Hoehne, Über das primäre Adenom der Vagina. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 67. Heft 1. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 21.
44. Hörrmann, A., Chorionepithelioma und Strahlentherapie. Münchn. gyn. Ges. 26. Febr. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 32, 36. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. Heft 5. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 36.
45. Jacobs, F., Über einige adenomoymatöse Tumoren an den weiblichen inneren Genitalien. Diss. Strassburg 1913.
46. Kossogledow, W., Die unmittelbaren Resultate der Behandlung inoperabler Formen von Uteruskarzinomen und postoperativer Rezidive mit Radium und Röntgenstrahlen. Wratsch. Gaz. Nr. 12, 13. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 26.
47. Keil, G., Technik der Mesothoriumbehandlung bei gynäkologischen Fällen. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 20.
48. Kiesselbach, Über Papillome der Vagina. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 36. p. 404. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 21.
49. Klein, G., Primäre Ergebnisse der kombinierten Karzinombehandlung mit Mesothorium, Röntgenstrahlen und intravenösen Injektionen. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 3.
50. — Myom im Septum urethro-vaginale, Tumor des Wolffschen Ganges? Münchn. gyn. Ges. 26. Febr. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 36. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. Heft 5.
51. Koblanck, Welche Karzinome eignen sich zur Behandlung mit radioaktiven Stoffen? Berl. klin. Wochenschr. Nr. 17. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 18. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 25.
52 Krönig, Gauss, Krinski, Lembke, Wäthen und Königsberger, Weitere Erfahrungen bei der nichtoperativen Behandlung des Krebses. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 15, 16. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 24.
53. Küstner, Grosses Scheidenkarzinom. Berl. klin. Wochenschr. p. 1486. (Rezidiv mit Rektovaginalfistel intra partum. Porrosche Operation.)
54. — Blasenscheidenfistel; Scheidenkarzinom. Med. Sekt. d. schles. Ges. f. vaterländ. Kultur zu Breslau. 19. Juni.
55. Küstner-Heimann, Ergebnisse der Strahlenbehandlung der Karzinome. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 33. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 36.
56. Kupferberg, H., Zwei Scheidenfibrome. Ärztl. Kreisverein Mainz, 16. Feb. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 16.
57. — Radium, Mesothorium und Röntgenstrahlen im Dienste der Gynäkologie. Ärztl. Kreisverein Mainz, 2. Dez. 1913.
58. Kuznitzky, Mesothorium bei Karzinom der Haut und anderer Organe. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 2.
59. Latzko, Epitheliom der Vagina. Radiumbehandlung. Wiener geb.-gyn. Ges. 20. Jan. Wiener med. Wochenschr. p. 1251. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 29. Gyn. Rundschau. Heft 16. (Drei Misserfolge.)
60 Lazarus, Stand und neue Ziele der Radium-Mesothoriumtherapie. Berl. med. Ges. 7. Jan. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 2.
61. Legueu-Chéron, Heilung eines inoperablen Urethra-Scheidenkrebses durch Radium. Rev. de prat. des mal. des org. gén.-ur. Nr. 62. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 25.
62. Lehmann, Vaginal operiertes Scheidenkarzinom, fünf Jahre rezidivfrei. Ges. f. Geb. u. Gyn. Berlin, 10. März 1911. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 21.
63. Levin, J., Primary Carcinoma of the vagina treated by radium and Roentgen rays. New York Acad. of Med. Sect. of Obst. and Gyn. May 26. Amer. Journ. of Obst. Vol. 70. p. 477. Med. Record. August 1. (Klinisch geheilt.)
64. Lindquist, Über Operation von Cancer vaginae, besonders dem primären. Upsala Laekar. Handling. Bd. 15. Heft 8. Ref. Gyn. Rundschau. 1911. p. 770. Gyn. Rundschau. Heft 21.
65. Mac Farland, Sarcoma vaginae. Amer. Journ. of the med. scienc. April 1911. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1911. p. 915. Gyn. Rundschau. Heft 21.
66. Martin, A., Zur Strahlentherapie. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. Heft 3.
67. Meidner, Über moderne Radiotherapie der Geschwülste. Therapie d. Gegenw. Heft 1. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 24.
68. Miller-Gard, Malignant rhabdomyoma of the vagina in children. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 11. p. 391. Amer. Journ. of Obst. Vol. 63. p. 569. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 21.

69. Mohr, Varixknoten in der Vagina. Gyn. Ges zu Breslau, 15. Nov. 1910. Ref. Zentralbl. f. Gyn 1911. p. 368. Gyn. Runschau. Heft 21.
70. Müller, R., Beitrag zur Kenntnis der Vaginalmyome. Diss. Strassburg. Arch. f. Gyn. Bd. 102. p. 511. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 28.
71. Pampini, C., Su alcune particolaritá interessanti di un caso di mola vesicolare. (Chorionepitheliommetastase in der vorderen Scheidenwand.) Gazzetta ital. delle levatrici. Nr. 8.
72. Pankow, Was hat die Strahlentherapie in der Behandlung gutartiger und bösartiger Geschwülste bisher geleistet? Nierderhein.-westfäl. Ges. f. Gyn. u. Geb. 1. März. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 24.
73. Pankow, Bericht über 50 bestrahlte Fälle von Uteruskarzinom. Niederrhein.-westfäl. Ges. f. Geb. u. Gyn. 24. Mai. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 37.
74. Partos, Wissenschaftliche Grundlagen der Radiotherapie in der Gynäkologie. Gyn. Helvet. Frühjahrsausgabe.
75. Paucz, Ein auf perinealem Wege mit der Entfernung en bloc des ganzen Genitalapparates und des Rektums erfolgreich operierter Fall von Scheidenkrebs. Zentralbl. f. Gyn. 1912. p. 508. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 21. Orvosi Hetilap Gyn. 1912.
76. Pearce, An address on radium an cancer. Brit. med. Journ. Nr. 1.
77. Peham, Röntgen- und Radiumbehandlung in der Gynäkologie. Med. Klinik. Nr. 12. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 27.
78. Peitmann, Zur Technik der Radikaloperation des primären Scheidenkrebses. Monatsschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. 33. p. 56. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 21.
79. Poremski, Primäres Chorioepitheliom der Scheide. Russ. Journ. f. Geb. Bd. 24. Heft 1. Ref. Gyn. Rundschau. 1911. p. 325. Gyn. Rundschau. Heft 21.
80. Rapp, Zur Entosylbehandlung maligner Neubildungen. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 20.
81. Rossels, A., Über die Prognose des primären Scheidenkrebses. Diss. Berlin.
82. Runge, Umfrage über die Bedeutung der Strahlentherapie für die Gynäkologie. Med. Klinik. Heft 1.
83. Schauta, F., Über Radiumbehandlung bei Gebärmutterkrebs. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 27.
84. Schischow, Zur Genese und Histologie der Vaginalzysten. Wratsch. 1911. Nr. 13. Ref. Zentralbl. 1912. p. 158. Gyn. Rundschau. Heft 21.
85. Schottelius, Vaginalkarzinom. Geb. Ges. zu Hamburg, 16. Mai. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 35.
86. Schweitzer, Die bisherigen Erfolge der Mesothoriumbehandlung bei Gebärmutter- und Scheidenkrebs. Med. Ges. zu Leipzig, 26. Mai. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 28 und Zentralbl. f. Gyn. Nr. 32, 34. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 36.
87. Sellheim, Die Strahlenbehandlung von Geschwülsten. Deutsche med. Wochenschr. Heft 1.
88. Simon, Die Behandlung der inoperablen Geschwülste. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 5.
89. Spencer, H., Fibroma of the hymen. The Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 25. Nr. 3.
90. Stemmelen, G., Ein Adenomyom im Septum rectovaginale. Diss. Strassburg. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 27.
91. Stoeckel, Karzinom der hinteren Vaginalwand. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. p. 688. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 21.
92. Stratz, Drei Fälle von Vaginaltumor (Atheromzyste). Gyn. Rundschau. 1913. Heft 1 Ref. Gyn. Rundschau. Heft 21.
93. Streit, v., Patientinnen, die mit Mesothorium behandelt wurden. Demonstr. Niederrhein.-westfäl. Ges. f. Geb. u. Gyn. 24. Mai. Ref. Deutsche Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. Heft 1.
94. Stumpke, Siehe unter 4).
95. Theilhaber, A., Die Entstehung des Krebses. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 13. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 37.
96. Trya, Sarcoma vaginae. Transact. of the obst. soc. Philadelphia. May 1912. Amer. Journ. of Obst. Vol. 66. p. 647. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 21.
97. Uffreduzzi, Il cistoadenoma papillifero delle vagina e la une probabile origine Wolffiana. La Gin. 1911. p. 717. Ref. Rev. gin. et chir. Vol. 20. p. 109. Gyn. Rundschau. Heft 21.

98. Walthard, Dauerresultate nach Radiumbehandlung von Karzinomrezidiven. Gyn. Ges. d. deutsch. Schweiz. 11., 12. Juli. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 45.
99. — Demonstrationen von Präparaten eines sechs Monate alten Dauerresultates bei einem radiumbestrahlten Karzinom. Wiss. Vereinig. am städt. Krankenhaus zu Frankfurt a. M., 19. Mai. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 28.
100. Wanner, Beitrag zur Kasuistik der Vaginalzysten. Zentralbl. f. Gyn. 1912. p. 1083. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 21.
101. Warnekros, K., Über Karzinombestrahlung. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. Heft 6.
102. Weckowski, Radiumbehandlung maligner Geschwülste. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 22.
103 Weinbrenner, C., Die Behandlung der Genitalkarzinome mit Mesothorium. Nordwestdeutsche Ges. f. Gyn. 8. November 1913. Monatsschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. Heft 2.
104. — Weitere Erfahrungen in der Behandlung der weiblichen Genitalkarzinome mit Mesothorium. Med. Ges. zu Magdeburg, 29. Jan. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 13.
105. Windisch, Geheilter Scheidenkrebs. Gyn. Sekt. d. kgl. ungar. Ärztevereins, 22. Dez. 1912. Ref. Gyn. Rundschau. 1912. p. 918. Gyn. Rundschau. Heft 21.
106. Yamamoto, Über das Fibrom der Vagina. Diss. München 1910. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1913. p. 368. Gyn. Rundschau. Heft 21.
107. Zweifel, Erfahrungen über Mesothoriumbehandlung. Med. Ges. zu Leipzig, 26. Mai. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 28. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 31. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 35.

4. Ernährungsstörungen, Entzündungen der Scheide, Mastdarm-Scheidenfisteln.

1. Abulow-Ovnatamanz, Über die Behandlung gonorrhoischer Eiterungen mit Gonokokkenvakzine. Russ. Zeitschr. f. Haut- u. Geschlechtskrankh. Heft 1. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 27.
2. Acebo, A., Die Behandlung der Blenorrhoe mit Santyl-Knoll. Espana med. Nr. 107.
3. Aichel, Die Histologie der Colpitis emphysematosa und ihre Bedeutung für die moderne Krebsforschung. Gyn. Ges. München, 27. Okt. 1910. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1911. p. 217. Gyn. Rundschau. Heft 21.
4. Allan-Wright, Funktionelle Leukorrhoe. New York. med. Journ. Bd. 99. Nr. 3. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 16.
5. Almkvist, J., Von der Behandlung und Heilung der Gonorrhoe des Weibes. Hygiea. Bd. 11. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 46.
6. Arnold, A., und H. Hölzel, Über den Wert intravenöser Arthigoninjektionen bei gonorrhoischen Prozessen. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 18.
7. Arnold, M., Trichomonas vaginalis Donné als Parasit in der Harnblase einer Gravida. Zeitschr. f. gyn. Urol. Bd. 4. Heft 6. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 27.
8. Bar-Lequeux, Antigonorrhoische Vakzinebehandlung. Soc. d'obst. et de gyn. de Paris. Déc. 1913. 12 Janv.
9. Barnett, Vulvovaginitis in young children, its control and successfull treatment. Transact. of the New York ac. of Med. Amer. Journ. of Obst. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 21.
10. Bauer, Siehe unter 1).
11. Benthin, Bakteriologische Untersuchungen bei gynäkologischen Erkrankungen. Ein Beitrag zur Frage der Selbstinfektion in der Gynäkologie. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. Heft 5. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 25. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 22.
12. Bericht über die Wirkung des Uranoblen- und der Boluspräparate bei Gonorrhoe des weiblichen Geschlechts. Ärztl. Kreisverein Mainz. 20. Jan.
13. Birnbaum, R., Zur Therapie akuter und chronischer Entzündungen im Bereiche der Genitalorgane. Gyn. Rundschau. Heft 14. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 48.

14. Bland, Vaginal drainage. The Journ. of the Amer. med. Assoc. Vol. 26. p. 2027.
15. Böters, Die Vakzinebehandlung der Gonorrhoe. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 39. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 41.
16. Bollag, Ulcus gummosum vaginae et vulvae. Schweizer Korr.-Bl. 34. (Ein Fall.)
17. Bonanny, Siehe unter 5).
18. Boruchowicz, Die Diplokokken bei Tripper. Russ. Zeitschr. f. Haut- u. Geschlechtskrankh. Heft 2, 3. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 27.
19. Bruck, Die Vakzinebehandlung der Gonorrhoe. Med. Klinik. Nr. 2. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 29.
20. Bruhns, C., Zur Frage der diagnostischen Verwertbarkeit der Gonokokkenvakzine. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 2. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 29.
21. Buzzoni, L' idroterapia vaginale. L' arte obst. Nr. 12.
22. Clarence-Hyde, Chronic vulvovaginal abscess cured by Injections of antigonococcic vaccine. Amer. Journ. of Obst. 1911. Vol. 63. p. 301. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 21.
23. Comby-Condat, Behandlung der Vulvovaginitis kleiner Kinder mit Antigonokokkenlymphe. Soc. méd. des hôp. 1 Mai. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Heft 29.
24. Corbes, B. C., Behandlung der Gonorrhoe und ihrer Komplikationen mit Antigonokokkenserum. Journ. Amer. med. Assoc. Nr. 19. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 29.
25. Cronbach, Die moderne Hefetherapie der Gonorrhoe. Klin.-therap. Wochenschr. 1911. Nr. 23. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 21.
26. Cukor, Über die Bedeutung der Milchsäure im Scheidensekret der Frau für die Asepsis des Genitaltraktus. Wiener klin.-therap. Wochenschr. 1912. Nr. 51. Gyn. Rundschau. 1913. p. 185. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 21.
27. Cullen, Abscesse of the vagina and uterus etc. Surg. Gyn. and Obst. July 1910. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 21.
28. Curtis, A. H., Über die Ätiologie und Bakteriologie der Leukorrhoe. Surg. Gyn. and Obst. Vol. 18. Nr. 3. Vol. 21. Nr. 1. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 27.
29. Czerwinski, C., Fortschritte auf dem Gebiete der Diagnose und Therapie fieberhafter Erkrankungen mit latenter Ursache, in bezug auf gynäkologische Krankheiten. Przegl. Lekarsk. Nr. 24. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 39.
30. Deppe, Siehe unter 6).
31. Der Einfluss der Geschlechtskrankheiten auf die Gesundheit und Fruchtbarkeit der Frau. Die Behandlung der jugendlichen Prostituierten. Jahresversamml. d. deutsch. Gesellsch. z. Bekämpfung d. Geschlechtskrankh. 19.—21. Juni. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 27.
32. Dreuw, Moderne Prostituiertenuntersuchungen. Fischer, Berlin. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 29.
33. Drneck, C. J., Genitalfisteln beim Weibe. Med. Record. Vol. 85. Nr. 1.
34. Duhot, Die neuen Vervollkommnungen der Gonorrhoetherapie. Rev. prat. des mal. des org. gén.-ur. Nr. 62. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 29.
35. Eden, T. W., A case of superior Rectovaginal Fistula dealt with by an abdominal operation after preliminary colostomy with remarks on the operative treatment of their condition. Roy. Soc. of Med. Sect. of Obst. and Gyn. March 5. Journ. of Obst. and Gyn. p. 291. Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Nr. 4. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 46. (Heilung.)
36. Eichhorst, Über urämische Geschwüre auf der Schleimhaut der Scheide. Med. Klin. 1912. Nr. 38. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1913. p. 368. Gyn. Rundschau. Heft 21.
37. Epstein, Über eosinophile Zellen im Gonorrhoeeiter. Demonstr. Ärztl. Verein in Nürnberg, 5. März.
38. Fabre, Die Radiumtherapie bei der Gonorrhoe der Frau. Rev. prat. des malad. des organ. gén.-ur. Nr. 63. Ref Zentralbl. f. Gyn. Nr. 42.
39. Fabricius, Behandlung hochsitzender Blasen- und Mastdarmscheidenfisteln nach Uterusexstirpationen mit hohem Scheidenverschluss. Geb.-gyn. Ges. in Wien. 9. Dez. 1913. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 12.
40. Fetzer, Über Vakzinebehandlung. Nordostdeutsche Ges. f. Gyn. 20. Juni. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. Heft 2.
41 Figneros-Merida, Eine einfache Methode der Registrierung der Vaginalabsonderung. Journ. Amer. med. Assoc. Vol. 62. Nr. 3. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 16.
42. Fischer, B., Fast völlige Nekrose der Vaginalschleimhaut durch Sublimatspülungen. Ärztl. Verein Frankfurt a. M. 2. Febr.

43. Foelsche, Warnung vor der Scheidenduschenspritze „Experator“. Med. Ges. zu Magdeburg, 26. Febr.
44. Fournier, Siehe unter 1).
45. Fränkel, Über postgonorrhoische Entzündungen der Urogenitalorgane. Russ. Ärzte-Zeitg. 1913. Nr. 12. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. Heft 1.
46. Frey, E. K., Beitrag zur Frage der Entstehung und Behandlung der Fistula ani. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 4.
47. Fromme, Polyvalente Gonokokkenvakzine. Kongr. f. Gyn. München 1911. Monatsschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. 32. p. 86. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 21.
48. — F., Die Gonorrhoe des Weibes. S. Karger, Berlin. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 25. Gyn. Rundschau. Heft 12.
49. Gaujoux-Suquet, Résultats obtenus en gynécologie avec le vaccin antigonococcique de Nicolle et Blairot. Réun. Obst. et Gyn. de Montpellier. 1 Avril.
50. v. Genserich, Siehe unter 1).
51. Gerschun-Finkelstein, Über Vakzinetherapie der gonorrhoischen Erkrankungen. Wratsch. Gaz. 1912. Nr. 40. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 9.
52. Gibbon, Fitz Gibbons, Vakzinebehandlung der Colpitis gonorrhoica. Lancet. 1913. Vol. 1. p. 967. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 21.
53. Gitelson, Siehe unter 1).
54. Gminder, Die Behandlung des auftretenden Scheidenkatarrhs (der Rinder) mit Kolpitol, Verkalbin, Provaginol, Bissulin und Eucerinsalbe. Arb. aus d. kaiserl. Gesundheitsamt. Bd. 48. Heft 2. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 45.
55. Goodhart, Warnemingen betreffende enkele gevallen van chronische vulvovaginitis gon. bij jonge Meisjes. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1911. II. 15. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 21.
56. Goodmann, A. L., Diphtheritische Scheidenentzündung. Amer. Journ. Obst. New York. Vol. 69. Nr. 2. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 23. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 27.
57. Graefe, G., Über Tuberkulose des weiblichen Genitalapparates im Kindesalter. Diss. Halle und Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. Heft 4, 5.
58. Groák, F., Über Noviform. Gyn. Rundschau. Heft 5. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 24.
59. Hamburger, R., Zur Vakzinebehandlung der kindlichen Gonorrhoe. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 15.
60. Harold-Chappee, Two cases of pneumococcal vulvovaginitis in children. Lancet. 1912. I. p. 1685. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 21.
61. Hartz, H. J., Wässerige Jodlösungen in der Therapie der Gonorrhoe bei Frauen. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. April. Ref. Zentralbl f. Gyn. Nr. 29.
62. Hauser, H., Die differentialdiagnostische und therapeutische Bedeutung der Gonokokkenvakzine in der Gynäkologie. Arch. f. Gyn. Bd. 100. Heft 2. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 19.
63. Hecker, H. v., Beitrag zur Bewertung der bakteriologischen Scheidensekret- und Blutuntersuchung für die Diagnose und Prognose puerperaler Infektionen. Diss. Strassburg. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 22.
64. Heinsius, Versuche zur Vakzinebehandlung der weiblichen Gonorrhoe. Monatsschr. f. Gyn. u. Geb. 1911. Bd. 33. p. 426. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 21.
65. Hellmuth, Übt die Menstruation einen Einfluss auf die Hämolyse der Scheidenkeime aus? Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Heft 5.
66. Hermanns, Über die Behandlung gonorrhoischer Komplikationen mit Gonargin. Med. Klinik. Nr. 10. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 29.
67. Herzberg, Pittylenbolus bei vaginalen Affektionen. Therap. d. Gegenw. Nr. 6. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 27.
68. Hirsch, Zur vaginalen Tanargentan-Bolus-Trockenbehandlung. Frauenarzt. p. 338. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 46. (Empfehlung dieser Methode bei akuter und chronischer Gonorrhoe, bei Intertrigo, Pruritus und sonstigen Fluor vaginalis.)
69. Hövel, M. vom, Über kriminelle Eingriffe im Bereich der weiblichen Genitalien und ihre Folgezustände. Diss. Strassburg. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 28.
70. Johnsohn, A. E., A case of gangrene of the vagina probably due to the chemical effect of a pine india rubber ring pessaire. Royal Soc. of Med. July. 1911. Rev. de gyn. et de chir. abd. 1912. Vol. 18. p. 532. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 21.

71. Joly, Vaginalovula aus Pflanzenkohle. Int. med. Kongr. London. 1913. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1913. p. 1397. Gyn. Rundschau. Heft 21.
72. Kamann, Siehe unter 1).
73. Katz, G., Der Ausfluss der Frau und seine Behandlung mit Yatrengaze. Med. Klin. Nr. 43.
74. Klimenko, Über Diphtherie der Genitalien des Kindes. Russki Wratsch. 1913. Nr. 9. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. Heft 1.
75. Koblanck, Siehe unter 3).
76. Kohler, B., Aktinomykose des Bauchfells, zugleich ein Beitrag zur Frage der primären Genitalaktinomykose. Frankfurter Zeitschr. f. Pathol. Bd. 15. Heft 1. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 19.
77. Kouwer, Chronische Vulvovaginitis gon. bij jonge Kinderen. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1911. II. 16. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 21.
78. Kretschmar, Über spontane Scheidengangrän und ihre Ätiologie. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 33. 1913. p. 393. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 21.
79. Kuntz, F., Pyokolpos lateralis. Diss. Göttingen.
80. Latzko, Behandlung hochsitzender Blasen- und Mastdarmscheidenfisteln nach Uterusexstirpation mit hohem Scheidenverschluss. Geb.-gyn. Ges. in Wien, 9. Dez. 1913. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 25.
81. Leidenius, L., Untersuchungen über den Einfluss der Desinfektion der Kreissenden auf den Keimgehalt des puerperalen Uterus. Arch. f. Gyn. Bd. 100. Heft 3. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 20.
82. Lenartowicz, Über den diagnostischen Wert der Reaktion von Bordet-Gengou und den therapeutischen Wert der Injektionen von Trippervakzine. Lwosk. Tygodn. lek. Nr. 10. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 11.
83. Lesslenyi-Winternitz, Zur intravenösen Anwendung des Arthigon bei den gonorrhoischen Erkrankungen des Weibes. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 8. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 12.
84. Lindig, P., Über Anwendungsmöglichkeiten des Noviforms in der Gynäkologie. Gyn. Rundschau. Heft 19.
85. Lipschütz, Bakteriologischer Grundriss und Atlas der Geschlechtskrankheiten. Leipzig 1913. J. A. Barth. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 5.
86. Luursden, and Holmes Specific vaginitis treated by vaccine. Roy. Soc. of Med. Sect. of Obst. and Gyn. Oct. 10. 1912. Lancet. 1912. p. 1689. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 21.
87. Marcy, H. C., Vesikovaginal- und Rektovaginalfisteln. Amer. med. Assoc. June 22—26. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 37. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. Heft 5.
88. Maresch, R, Senile Involution des weiblichen Genitales. Obliteration des Uterus und der Vagina. Geb.-gyn. Ges. in Wien. 20. Jan. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 29. Gyn. Rundschau. Heft 16.
89. Mack Lindsay, A case of gangrene of the vagina. Journ. of Obst. 1911. Vol. 19. p. 291. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 21.
90. Masson-Marchal, De l'impregnation formolée dans la thérapeutique gynécologique médicale. Ann. de gyn. Tome 10. Heft 12.
91. Mathison, Die Prognose der Vulvovaginitis gonorrhoica. Arch. f. Derm. u. Syph. 1913. Bd. 16. Heft 3. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 21.
92. Mauler, Zur Kenntnis der Vaginaltuberkulose. Hegars Beitr. 1911. Bd. 16. p. 485. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 21.
93. Maunu af Heurlin, Bakteriologische Untersuchungen der Genitalsekrete usw. Berlin, S. Karger. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 23.
94. Moos, S., Erfahrungen über intravenöse Arthigoninjektionen bei Gonorrhoe des Weibes. Gyn. Ges. in Breslau, 16. Dez. 1913 Zentralbl. f. Gyn. Nr. 12. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. Heft 3. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 14.
95. Nebesky, Siehe unter 6.)
96. Notthafft, v., Aus der modernen Gonorrhoetherapie. Ärztl. Verein München, 10. Juni. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 38.
97. Oberndorfer, Endometritis puerperalis beim Meerschweinchen bei Plazentarretention in der Vagina. Münchn. gyn. Ges. 18. Juni. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Nr. 40. Heft 6.
98. — Siehe unter 5).

99. Oppenheim, Zur Puderbehandlung des weiblichen Fluors. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 13. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 14. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 27.
100. Orlowski, Verursachen sterile Tripperfäden weissen Fluss? Berl. klin. Wochenschr. Nr. 38. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 39.
101. Overbosch, Die vaginale Flora bei der gesunden Frau in ihren verschiedenen Lebensperioden. Diss. Utrecht 1909. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 33. p. 775. Gyn. Rundschau. Heft 21.
102. Pankow, Siehe unter 3).
103. Paterson, Vereiterte Ovarialzyste mit Appendizitis, wahrscheinlich infiziert durch in die Scheide eingebohrte Haarnadeln. Journ. of Obst. 1911. Vol. 19. p. 549. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 21.
104. Perrin, Vulvovaginitis der Kinder. Allg. med. Zeitg. 29. Dez. 1910. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 21.
105. Puppel, Bericht über die Wirkung der Uranoblen- und Boluspräparate bei Gonorrhoe des weiblichen Geschlechts. Ärztl. Kreisverein in Mainz, 20. Jan.
106. Renisch, Kollargol und Arthigon bei gonorrhoischen Erkrankungen. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 38.
107. Robert, H., Neun Fälle von weiblicher Blennorrhoe, behandelt mit Vakzine von Nicolle und Blaizot. Rev. mens. de gyn., d'obst. et de péd. Janv. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 48.
108. Roman, B., Zur Ätiologie und Genese der Colpohyperplasia cystica. Prager med. Wochenschr. 1913. Nr. 41. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 16.
109. Rost, Beiträge zur Vakzineanwendung bei Gonorrhoe. Med. Ges. zu Kiel, 22. Jan.
110. Sambalino, Il „Pilolo" in ginecologia. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. Heft 1.
111. Schlaghecken, P., Über Douglasabszesse beim Weibe. Diss. Strassburg. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 46.
112. Schlasberg, Cusylol zur Behandlung der Gonorrhoe. Dermat. Zeitschr. 1913. Nr 11.
113. — H. J., Über Heilung der Gonorrhoe bei Prostituierten. Hygiea. Heft 4. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 46.
114. Schmidgall, G., Bakteriologische Untersuchungen über die Scheidenflora neugeborener Mädchen. Diss. Strassburg. Hegars Beitr. Bd. 19. Heft 2. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 17, 22. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 17.
115. Schoemaker, Acute membranous vaginitis in pregnancy due to enterococcus. Pennsylvan. med. Journ. June 1913. Ref. Amer. Journ. of Obst. Vol. 68. p. 791. Gyn. Rundschau. Heft 21.
116. Schweitzer, Über die Berechtigung der Milchsäurespülungen in der Schwangerschaft. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 9. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 11.
117. Seligmann, S., Zur Ätiologie der endogenen Puerperalinfektionen. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 75. Heft 3. Diss. Giessen. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 17. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 21.
118. Semenoff, Über die Wirkung der Gonokokkenvakzine. Russki Wratsch. 1913. Nr. 8. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. Heft 1.
119. Sharp, W. B., Bacteriology of Vaginitis. Journ. of infections disease. Chicago. Sept. XV. Nr. 2. (Ätiologie so gut wie stets Gonococcus.)
120. Sittner, W., Über Erfahrungen bei der Behandlung gonorrhoischer Komplikationen mit Arthigon. Diss. Berlin
121. Spaulding, Vulvovaginitis. Amer. Journ. of Dis. of Childr. 1913. p. 248. Ref. Amer. Journ. of Obst. Vol. 67. p. 519. Gyn. Rundschau. Heft 21.
122. Stern, Arthigonbehandlung bei Vulvitis gonorrhoica. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 35. p. 751. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 21.
123. Sternberg, Die Methode der aktiven Immunisierung bei der weiblichen Gonorrhoe. Russ. Gyn. Kongr. 1911. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 35. p. 223. Gyn. Rundschau. Heft 21.
124. Strassberg, M., Zur Behandlung der Vulvovaginitis gonorrhoica infantum. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 25. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 26.
125. Strassmann, Siehe unter 6).
126. Stümpke, G., Thigan, ein neues äusserliches Antigonorrhoikum. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 29.

127. Stümpke, Die Vakzinebehandlung und -Diagnose der Gonorrhoe. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 49. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 51.
128 Tavernier-Chalon, Enterovaginalfistel im Verlauf einer Beckentuberkulose etc. (Dünndarm-Scheidenfistel.) Lyon méd. Nr. 14. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 38.
129. Terebinskaja-Popora, Vergleichende Bewertung der Vakzinetherapie und lokalen Behandlung der weiblichen Gonorrhoe. Diss. St. Petersburg 1912. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. Heft 1.
130. Tussenbroek, v., Nassauers poeder stuiver etc. Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. 1912. Nr. 7. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 16.
131. Velde, van der, Spezifiche diagnostiek der Gonorrhoe bij de vrouw. Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. 1912. Nr. 12. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 16.
132. Verdok, A., Die Behandlung der Leukorrhoe. Journ. belge de gyn. et d'obst. Nr. 6. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 46.
133. Wäber, Zur Frage der Serumbehandlung der weiblichen Gonorrhoe. Gyn. Helvet. Frühjahrsausgabe.
134. Watermann, R., Die Bedeutung intravenöser Arthigoninjektionen für die Diagnostik und Therapie der Gonorrhoe. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 8.
135. Watson, Über die Behandlung gonorrhoischer und gemischter Infektionen des weiblichen Genitaltraktus mit Milchsäurebazillen. Brit. med. Journ. 1913. 22. Jan. Ref. Gyn. Rundschau. 1913. p. 185. Gyn. Rundschau. Heft 21.
136. Weber, F., Die Tamponade in Geburtshilfe und Gynäkologie. Eine klinische und experimentell-bakteriologische Studie. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 4.
137. Wehrle, W., Die Bedeutung des Arthigons für Diagnose und Therapie der Gonorrhoe und deren Komplikationen. Diss. Freiburg i. Br.
138. Winckel, M., „Gonoktein". Münchn. med. Wochenschr. Nr. 35. p. 1879.
139. Wintz, H., Experimentelle Untersuchungen über Chemismus und Bakteriengehalt des Scheidensekrets, sowie über die bakteriziden Eigenschaften gegenüber dem Tuberkelbazillus. Diss. Speyer. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. Heft 1.
140. Wolff, Genital- und Peritonealtuberkulose des Weibes. Hegars Beitr. Bd. 17. p. 296. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 21.
141. Wortmann, H., Sind die Vaginalkeime imstande, Fäulnis zu erregen? Ein bakteriologischer Beitrag zur Selbstinfektion. Diss. Berlin.
142. Taborowski, Siehe unter 1).
143. Zöppritz, Über bakterizide Eigenschaften des Vaginalsekretes und des Urins Schwangerer. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 33. p. 276. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 21.
144. Zweifel, E., Über medikamentöse Scheidenspülung zur Prophylaxe des Puerperalfiebers. Naturwiss.-med. Ges. zu Jena, 26. Febr. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 15.
145. — Versuche zur Beeinflussung des Bakteriengehalts der Scheide Schwangerer durch medikamentöse Spülungen. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. Heft 4. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 20. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 17.

5. Fremdkörper in der Scheide. Verletzungen der Scheide. Blutungen.

1. Albrecht, Siehe unter 6).
2. Bing, Siehe unter 6).
3. Bollag, K., Scheidenverletzungen sub coitu. Schweizer Korrespondenzbl. Nr. 5. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 16. (Ein Fall mit zwei Verletzungen bei 32jähriger Frau, die bereits viermal geboren hatte. Verf. nimmt perverse Handlungen als Ursache an.)
4. Bonamy, Pessaire de Zwangk. Soc. de Chir. de Paris, 10 Juillet. Presse méd. p. 570. (Folge Rektovaginalfistel.)
5. Bondarew, P. G., Zur Frage der Ätiologie der Scheidenverletzungen sub coitu. Russ. Journ. f. Geb. u. Gyn. 1912. p. 381. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1913. p. 862. Gyn. Rundschau. Heft 21.
6. Bonney, V., Rupture of the vagina during coitus. Lancet. 1913. Bd. 1. p. 769. Ref. Gyn. Rnndschau. Heft 21.
7. Deutsch, Ein Fall von zirkulärem Abriss der Portio uteri intra partum. Geb.-gyn. Ges. in Wien, 20. Mai 1913. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 6.

8. Frank, R. W., Über Verletzungen der Harnblasenschleimhaut durch Abtreibungsversuche. Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Med. u. öff. Sanitätswesen. 3. Folge. Bd. 46. Heft 1. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 17.
9. Heineo, Ein Fall von Scheidenverletzung sub coitu. Gyn. Helvet. Frühjahrsausgabe. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 36.
10. Hoerrmann, Siehe unter 6).
11. Hövel, v., Über kriminelle Eingriffe im Bereich der weiblichen Genitalien und ihre Folgezustände. Diss. Strassburg.
12. Johnson, Siehe unter 4).
13. Kemp, D. C., Ovarialzyste durch die Vagina (während der Entbindung) entwickelt. Lancet. 1913. Sept. 20. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 12.
14. Köhler, Im Pessar inkarzerierte Portio. Geb.-gyn. Ges. in Wien, 20. Mai 1913. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 6.
15. Lehmann, H., Fall von Koitusverletzung. Ges. f. Natur- u. Heilk. zu Dresden, 10 Jan. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 14.
16. Lexer, Siehe unter 6).
17. Maccabruni, Su di un caso di lacerazione dell' utero e della vagina. L' arte ost. Vol. 28. Nr. 10.
18. Nathan, M., Über Deflorationspyelitis. Diss. Berlin.
19. Oberndorfer, Alte Druckusur und Perforation des Blasenhalses durch ein Vaginalpessar. Münchn. gyn. Ges. 18. Juni. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 32. Ref. Monatsschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. Heft 6.
20 Paterson, Siehe unter 4).
21. Rielander, Siehe unter 6).
22. Rosow, Verletzung der Scheide sub coitu. Russ. Journ. f. Geb. Ref. Gyn. Rundschau. 1911. p. 355. Gyn. Rundschau. Heft 21.
23. Tomaselli, Siehe unter 6).
24. Vogel, Traumatische Scheidenruptur mit Dünndarmvorfall. Münchn. med. Wochenschrift. 1913. Nr. 24. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 21.
25. Weber, Siehe unter 6).
26. Werelius, A., Traumatische Ablösung der Blase von der Symphyse mit vollständiger Abtrennung der Harnröhre. Journ. Amer. med. Assoc. Vol. 62. Nr. 22. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 37.
27. Zweifel, E., Krimineller Abortivversuch bei nicht bestehender Schwangerschaft. Deutsche med. Wochenschr. 1913. Nr. 35. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 11.

6. Dammrisse. Dammplastik.

1. Ach, Siehe unter 2).
2. Albrecht, H., Zur operativen Therapie der Rektalprolapse bei Frauen. Gyn. Rundschau. Heft 7. Bayr. Ges. f. Geb. u. Gyn. 25. Febr. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 22. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 30, 48.
3. — Durch Operation geheilter Fall von schwerer Pfählungsverletzung der Blase. Münchn. gyn. Ges. 26. Febr. u. 28. Mai. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 36. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. Heft 5.
4. Baughman, Erfahrungen mit einer Methode unmittelbarer Wiedervereinigung von Dammrissen. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. May. Amer. Journ. of Obst. Nr. 5. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 36.
5. Bengsch, Zur Kasuistik der Pfählungsverletzungen. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 92. Heft 4. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 31.
6. Bing, F., Zur Kasuistik der Pfählungsverletzungen. Diss. München 1912. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1913. p. 862. Gyn. Rundschau. Heft 21.
7. Danis, R., L'anesthésie transsacrée dans les opérations sur le perinée et le petit bassin. Rev. de gyn. Déc.
8. Deppe, Frauenärztliches aus Deutsch-Ostafrika. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 40.
9. Goldspohn, A., Fundamentale intrapelvine perineorrhaphie. Journ. Amer. med. Assoc. Nr. 7.
10. Hartings, T., Laceration of the perinaeum and its operative treatment. The Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 25. Nr. 2.

11. Hoerrmann, Durch Operation geheilter Fall von schwerer Pfählungsverletzung der Blase. Gyn. Ges. München, 28. Mai. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 26.
12. Jaworski, Pfählungsverletzung. Siehe unter 6).
13. Jellet, The suture of the levator ani muscle in perineorrhaphy operation. Surg., Gyn. and Obst. XIX. Nr. 3.
14. Kendirdiy, Siehe unter 2).
15. Lexer, K., Pfählungsverletzungen. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 12.
16. Nebesky, Über unsere Erfahrungen mit Noviform. (v. Heyden.) Gyn. Rundschau. Heft 5. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 24.
17. Nissen, O., Die Heilungsergebnisse der frischen Dammrisse dritten Grades. Diss. Leipzig.
18. Piechulek, W., Zur Ätiologie der Zentralruptur des Dammes. Diss. Greifswald.
19. Ponliot, Dystocie consécutive à une perinéorrhaphie avec suture étendue du releveur de l'anus. Soc. d'obst. et de gyn. de Paris. 20 Avril.
20. Pozzi, Procédé de perinéorrhaphie dans le cas de rupture complète du périnée. Soc. d'obst. et de gyn. de Paris, Avril 20.
21. — De la mobilisation du rectum dans la périnéorrhaphie. Revue de gyn. Tome 22. Nr. 5.
22. Rieländer, Verletzungen der äusseren Genitalien und der Scheide. Prakt. Ergebn. d. Geb. u. Gyn. Bd. 3. p. 364. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 21.
23. Rosenstein, Über die Sekundärnaht bei kompletten Dammrissen. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 21.
24. Strassmann, P., Dammriss. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin, 27. Febr. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 43. p. 1358.
25. Tomaselli, Über zwei Fälle von zufälliger Pfählungsverletzung. Morgagni 1912. I. Nr. 12. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1913. p. 1544. Gyn. Rundschau. Heft 21
26. Voigt, E., Erfahrungen mit Koagulen Kocher-Fonio. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 34.
27. Wade, Siehe unter 2).
28 Ward, Siehe unter 2).

7. Hermaphroditismus.

1. Allmann, Pseudohermaphroditismus masculinus externus. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 3.
2. Benda, Fall von Pseudohermaphroditismus femininus externus. Berl. klin. Wochenschrift. Nr. 2. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 17.
3. Braithwaite, Siehe unter 2).
4. Clark, S., Uterus in the hernial sac of an hermaphrodite. The Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 25. Nr. 2 Ref. Zentralbl. f Gyn. Nr 29.
5 Dostal, F., Pseudohermaphroditismus externus femininus. Casop. lék. cesk. 1913. Nr. 36. Ref. Wiener med. Wochenschr. Nr. 19.
6. Fliess, W., Männlich und Weiblich. Zeitschr. f. Sexualwissensch. Heft 1. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 39.
7. Foster, G. S., Case of hermaphroditismus. New York. med. Journ. 19. Sept. Nr. 12. (Ein Hoden in der Nähe eines Ovariums.)
8. Fränkel, B., Die Beschreibung von Zwittern im Lichte neuerer biochemischer Ergebnisse. Vierteljahrsschr. f. ger. Med. u. Sanitätsw. 1. Suppl.-Heft. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 18.
9. Fraenkel, P., Ein Fall von Pseudohermaphroditismus femininus externus. Virchows Arch. Bd. 215. Heft 3. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 31.
10. v. Genserich, Kind mit Hermaphroditismus. Erdelyer Museumsverein. 14. u. 28. Febr. Wiener med. Wochenschr. p. 2020.
11. Greensfelder-Galewood, Fall von Pseudohermaphroditismus (masculinus internus). Surg., Gyn. and Obst. Vol. 15. Nr. 5. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 5.
12. Hofstätter, R., Sexus anceps. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 18. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 29. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 19.
13. Keller, R., Keimdrüsentumoren bei einem Pseudohermaphroditen. Arch. f. Gyn. Bd. 101. Heft 1. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 21.
14. Krüger-Franke, Pseudohermaphrodit. Demonstr. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin, 13. Febr. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 43.
15. — — Über einen Fall von Pseudohermaphroditismus zweifelhaften Geschlechts. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 14.

16. Lucksch, F., Präparate eines Falles von Hermaphroditismus. Verein deutscher Ärzte in Prag, 13. Febr. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 14.
17. Neff, H., Über Pseudohermaphroditismus (mit zwei Fällen von Pseudohermaphroditismus femininus externus eigener Beobachtung). Diss. München.
18. Poll, H., Über Geschlechtsbestimmung bei Menschen. Ges. f. Geb. u. Gyn zu Berlin, 23. Jan. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 42.
19. Sandved, M., Dystrophia adiposogenitalis. Norsk Magazin for Laegevidenskaben. p. 932. (58jähr. Mann, 157 cm hoch, Leibesumfang in Nabelhöhe 111 cm. Stimme infantil, Geschlechtsleben rudimentär. Verrichtet Weiberarbeit.) (Kr. Brandt.)
20. Schauss, W., Ein Fall von Pseudohermaphroditismus. Diss. Berlin.

Vulva.

1. Bildungsfehler, angeborene Anomalien.

1. Albrecht, Siehe unter Vagina 1).
2. Boerma, Siehe unter Vagina 1).
3. Forssner, Fall von Anus vestibularis. Svensk. Läkar. Handling. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. Heft 2.
4. Furniss, H. D., Fall von überzähligem, extravesikal mündendem Ureter. New York. Acad. of Med. Jan. 27. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 18. Nr. 5. Ref. Med. Record. Vol. 85. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 26, 37.
5. v. Genserich, Kind mit Synechie der kleinen Schamlippen. Erdelyer Museumsverein. 14. u. 28. Febr. Wiener med. Wochenschr. p. 2020.
6. Goldreich, A., Atresia ani vestibularis. Demonstr. Ges. f. Med. Wien, 19. März Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 13.
7. Halban, Defekt der Urethra. Geb.-gyn. Ges. in Wien, 20. Mai 1913. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 6.
8. Hausmann, Siehe unter Vagina 1).
9. Herrmann, Siehe unter Vagina 1).
10. Huismann, Siehe unter Vagina 1).
11. Jungs-Beates-Babcock, Vorzeitige Entwicklung der äusseren Genitalien infolge Hypernephroms der Nebennierenrinde. Amer. Journ. of Med. Scienc. Heft 4. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 27.
12. Kemnitz, Siehe unter Vagina 1).
13. Klaatsch, Siehe unter Vagina 1).
14. Klotz, Siehe unter Vagina 1).
15. Kreiss, Siehe unter Vagina 1).
16. Marquis, Siehe unter Vagina 1).
17. Pietkiewicz, Die angeborenen Anomalien des uropoetischen Systems bei Frauen. Przegl. lék. Bd. 8. Heft 2. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 12.
18. Oldekopp, A. M., Anus vestibularis. Russ. Journ. f. Geb. u. Gyn. 1913. p. 407. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 10.
19. Pollak, Siehe unter Vagina 1).
20. Prochownick, Anus praeternaturalis vulvaris. Zentralbl. f. Gyn. 1911. p. 1447. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 21.
21. Scherer, Kloakenbildung. Gyn. Sekt. d. kgl. ungar. Ärztevereins zu Budapest, 8. Dez. 1913. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 22.
22. Simons, Siehe unter Vagina 1).
23. Sselitzsky, Siehe unter Vagina 1).
24. Weiss, J., Über den Anus anomalus vulvo-vestibularis und seine chirurgische Behandlung. Diss. Leipzig. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 93. Heft 1. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 38. (Schilderung von Sicks Methode.)

2. Entzündung, Ernährungsstörungen, Exantheme, Kraurosis.

1. Abulow-Ornatamanz, Siehe unter Vagina 4).
2. Almkvist, Siehe unter Vagina 4).
3. Arnold und Hölzel, Siehe unter Vagina 4).

4. Barnett, Siehe unter Vagina 4).
5. Benthin, Siehe unter Vagina 4).
6. Birnbaum, Siehe unter Vagina 4).
7. Böters, Siehe unter Vagina 4).
8. Bollag, Siehe unter Vagina 4).
9. Bucky, Röntgenverbrennung nach gynäkologischer Tiefenbestrahlung. (Tiefe Geschwüre der Schamgegend.) Berl. vereinigte ärztl. Ges. 25. Sept. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 48.
10. Clarence-Hyde, Siehe unter Vagina 4).
11. Comby-Condat, Siehe unter Vagina 4).
12. Cronbach, Siehe unter Vagina 4).
13. Deppe, Siehe unter Vagina 6).
14. Dreuw, Siehe unter Vagina 4).
15. Epstein, Siehe unter Vagina 4).
16. Fabelinski, L., Ein Fall von Ulcus rodens vulvae. Diss. Halle.
17. Fromme, Siehe unter Vagina 4).
18. v. Genserich, Siehe unter 1).
19. Gerschun-Finkelstein, Siehe unter Vagina 4).
20. Gminder, Siehe unter Vagina 4).
21. Goodhart, Siehe unter Vagina 4).
22. Graefe, Siehe unter Vagina 4).
23. Grisson, Siehe unter 3).
24. Gross, J., Über Ulcus vulvae acutum (Lipschütz). Wiener klin. Wochenschr. Nr. 6.
25. Halban, Siehe unter 1).
26. Harold-Chapee, Siehe unter Vagina 4).
27. Jurinac, D., Ein Fall von Elephantiasis der rechten grossen Schamlippe. Lijecnick. vijesn. 1913. Nr. 11. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 46.
28. Klimenko, Siehe unter Vagina 4).
29. Kouwer, Siehe unter Vagina 4).
30. Lindig, Siehe unter Vagina 4.)
31. Lipschütz, Siehe unter Vagina 4).
32. Masson-Marchal, Siehe unter Vagina 4).
33. Mathison, Siehe unter Vagina 4).
34. v. Neugebauer, Uteruskarzinom und Kraurosis vulvae. Sitzg. d. Warsch. gyn. Ges. Bd. 9. Heft 2. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 11.
35. v. Notthafft, Siehe unter Vagina 4).
36. Renisch, Siehe unter Vagina 4).
37. Schlank, Ein Fall von rezidivierender Elephantiaiss vulvae. Krakauer gyn. Ges. 24. April 1912. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 8.
38. Schlasberg, Siehe unter Vagina 4).
39. Spaulding, Siehe unter Vagina 4).
40. Strassberg, Siehe unter Vagina 4).
41. Stümpke, G., Über gonorrhoische Granulationen. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 28.
42. Volk, R., Zum Krankheitsbegriff des sog. Ulcus acutum vulvae. Wiener klin. Wochenschrift. Nr. 46. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 13.
43. Walther, Zur Kasuistik der Kraurosis vulvae. Frauenarzt. Nr. 7. (Thigenol-Roche lokal versuchen; hilft es nicht, dann Exzision.)
44. Wehrle, Siehe unter Vagina 4).
45. Winckel, Siehe unter Vagina 4).
46. v. Zubrzycki, Kraurosis, Leukoplakie und Carcinoma vulvae. Krakauer gyn. Ges. 17. Dez. 1913. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 8.

3. Neubildungen. Zysten.

1. Bertolini, Kasuistischer Beitrag zum Studium der Papillome der Urethra. Ginec. Vol. 10. Heft 8. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 8.
2. Braude, Siehe unter Vagina 3).

3. Cullen, S. Th., Adenomyoma septi recto-vaginalis. Southern Surg. and Gyn. Assoc. Dec. 1913. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 18.
4. Egli, Siehe unter Vagina 3).
5. Forners, Di una neoplasia non commune dei genitali esterni. (Adeno-Epithelio-Melano-Sarkom.) Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. Heft 1.
6. Forssner, Fall von Cancer vestibularis. Svensk. Läkar. Handling. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 30. Heft 2.
7. Grisson-Delbanco, Monströser Tumor der Genitalgegend. Biol. Abteilung d. ärztl. Vereins in Hamburg, 5. Mai. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 36. p. 1915.
8. Hörrmann, Siehe unter Vagina 3).
9. — Chorionepitheliom des Uterus mit Metastasen an den Labien. Gyn. Ges. München, 28. Mai. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 26.
10. Jakowski, 8 Pfund schweres Lipom einer grossen Schamlippe. Prezegl. chir. i gin. Bd. 9. Heft 1. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 11.
11. Klein, Siehe unter Vagina 3).
12. Koblanck, Siehe unter Vagina 3).
13. Küstner-Heimann, Siehe unter Vagina 3).
14. Kupferberg, Siehe unter Vagina 3).
15. Lahm, Ausgedehntes Vulvakarzinomrezidiv. Gyn. Ges. zu Dresden, 19. Febr. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 26.
16. Martin, A., Siehe unter Vagina 3).
17. — Sarcome de la grande lèvre. Rev. de gyn. et de chir. abdom. Tome 21. Nr. 3. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 6. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 16.
18. Newton, G., Endotheliom der Vulva. Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Nr. 1. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 20.
19. Offergeld, H., Ein bemerkenswerter Fall von Melanosarkom. (Paravulvärer Tumor.) Arch. f. Gyn. Bd. 101. Heft 2. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 25.
20. Ossing, J., Über die Dauerresultate der in der Kieler Frauenklinik operierten Vulvakarzinome aus den Jahren 1901—1912. Diss. Kiel 1913. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. Heft 1.
21. Partos Siehe unter Vagina 3).
22. Pawlowski, Fibroma permagnum vulvae. Therap. Obosr. 1912. Nr. 17. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 9.
23. Peham, Siehe unter Vagina 3).
24. Retzlaff, Grosses Hämatom im Bruchsack einer Leistenhernie. Allg. ärztl. Verein zu Köln. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 8.
25. Rittershaus, Über das primäre Karzinom der Vulva. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 128. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 37.
26 Roche, Epithélioma du clitoris. Soc. d'obst. et de gyn. de Bordeaux. Févr. 24.
27. Savaré, Contributo alla casistica e alla cura operativa del carcinoma della vulva. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. Heft 1.
28. Schauta, Siehe unter Vagina 3).
29. Stern, R., Adenoma hydroides vulvae. Mittelrhein. Ges. f. Geb. u. Gyn. 15. Febr. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 24. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. Heft 5.
30. Theilhaber, Siehe unter Vagina 3).
31. Ward, G., Epithelioma clitoridis. Med. Record. Vol. 84. Nr. 15. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 16.
32. Warnekros, K., Siehe unter Vagina 3)
33. Watson, Primary malignant tumors of the female urethra. The Amer. Journ. of Obst. Nr. 5.
34. Weinbrenner, Siehe unter Vagina 3).
35. Winkler, Vulvakarzinom und Strahlentherapie. Fortschr. d. Röntgenstr. XII. 2. Diss. Jena. (Drei anscheinend geheilte Fälle. Mesothorum bevorzugt.)
36. v. Zubrzycki, Siehe unter 2).
37. Zweifel, Siehe unter Vagina 3).

4. Erkrankungen der Bartholinischen Drüsen.

1. Arnold und Hölzel, Siehe unter Vagina 4).
2. Fabricius, J., Über ein primäres Karzinom der Bartholinischen Drüse. Monatsschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. 40 Heft 1. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 31. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 32.
3. Latzko, Karzinom der Bartholinischen Drüse. Geb.-gyn. Ges. in Wien, 9. Dez. 1913. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 25.
4. Rouville, de, Epithélioma atypique para-vaginal développée fort probablement aux dépens de la glande de Bartholini. Réun. obst. et gyn. de Montpellier. 3 Juin.
5. Schottlaender, Karzinom der Bartholinischen Drüse. Geb.-gyn. Ges. in Wien, 9. Dez. 1913. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 12.
6. Speener, H., A case of primary carcinoma of Bartholins gland. Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 24. Nr. 6.

5. Verletzungen, Thrombus et Haematoma vulvae et vaginae.

1. Albrecht, Siehe unter Vagina 6).
2. Benestad, Georg, Haematoma vulvae et vaginae. Traumatische Läsionen der Vulva. Norsk Magazin for Laegevidenskaben. p. 166. (Vier Fälle von Haematoma vulvae und vaginae, drei nach der Geburt, einer nach Fall auf eine Kante entstanden. Zwei Fälle von gefährlichen Blutungen aus Rissen in Vulva und Vagina, die bei Fallen auf den Sitz lädiert worden waren.) (Kr. Brandt.)
3. Bengsch, Siehe unter Vagina 6).
4. Bing, Siehe unter Vagina 6).
5. Cauwenberge, van, Thrombus und Hämatom der Vagina. Rev. mens. de gin. et d'obst. Tome 8. Nr. 3. Bull. de la soc. belge de gyn. et d'obst. Tome 23. Nr. 8. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1913. p. 1179. Gyn. Rundschau. Heft 21, 23.
6. Hoerrmann, Siehe unter Vagina 6).
7. Hohl, M., Über Verletzungen des äusseren weiblichen Genitale. Diss. München 1913. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 20. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. Heft 1.
8. Lexer, Siehe unter Vagina 6).
9. Pellegrino, Beitrag zur Kasuistik der vaginalen Hämatome puerperalen Ursprungs. Rassegn. d'obst. e gin. Jg. 22. Nr. 6. Ref. Zentralbl f. Gyn. 1913. p. 1900. Gyn. Rundschau. Heft 21.
10. Potocki-Sauvage, Gestielter Thrombus der Vagina. Bull. de la soc. d'obst. et de gyn. de Paris, 4 Avril 1913. Ann. de gyn. et d'obst. Oct. 1913. Ref. Journ. of Obst. and Gyn. 1913. p. 113. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 20. Gyn. Rundschau. Heft 21.
11. Rieländer, Siehe unter Vagina 6).
12. Roemer, Ein Fall von Haematoma vaginae et vulvae mit nachfolgendem Verblutungstod. Zentralbl. f. Gyn. 1913. p. 131. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 21.
13. Schlank, Ein nach der Geburt entstandenes Haematoma vulvae als Geburtshindernis für den zweiten Zwilling. Krakauer gyn. Ges. 28. Mai. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 8.
14. Tomaselli, Siehe unter Vagina 6).
15. Turquetti, Hämatom der Vagina und des äusseren Genitale. Akuscherst. März. p. 79. Ref. La Gyn. 18. Jg. p. 392.
16. Uljanowsky, L. W., Zur Lehre vom Hämatom der Vulva und Vagina intra partum. Russ. Journ. f. Geb. u. Gyn. 1913. p. 1765. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 16.
17. Werelius, Siehe unter Vagina 5).

6. Neurose, Vaginismus, essentieller Pruritus vulvae.

1. Genter, G., Über Anomalien des Geschlechtsgefühles bei Frauen. Russ. Journ. f. Geb. u. Gyn. p. 743. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 39.
2. Mosbacher, E., Funktionelle Störungen im weiblichen Genitale und Störungen im vegetativen Nervensystem. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 76. Heft 2.

3. Philipps, J., Dyspareunia and its surgical treatment. Bradford med.-chir. Soc. Brit. med. Journ. Jan. 6. Ref. The Lancet. Febr. 7. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 39.
4. Rohleder, Monographien über die Zeugung beim Menschen; die libidinösen Funktionsstörungen der Zeugung beim Weibe. Bd. 4. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 28.
5. Traugott, Agonisten und Antagonisten der Beckenausgangsmuskulatur beim Vaginismus. Internat. Gyn.-Kongr. Berlin 1912. Gyn. Rundschau. 1912. p. 811. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 21.
6. — Über Vaginismus. Kinematographische Demonstration. Mittelrhein. Ges. f. Geb. u. Gyn. 3. Mai. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. Heft 1. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 33.

VIII.

Physiologie und Pathologie der Menstruation.

Referent: A. J. M. Lamers, i. V.

1. Abel, K., Uteramin-Zyma, ein synthetischer Ersatz der Mutterkornpräparate. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 17. p. 846—847. (Empfehlung des Paraoxyphenyläthylamin als Hämostatikum bei akuten Myomblutungen, protrahierten Menstruationsblutungen usw. Das Präparat ist unzersetzlich und leicht sterilisierbar.)
2. Anton, G., Über familiäre Dysostose, beginnend in der Geschlechtsreife (Pubertätsdysostose). Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd. 54. Heft 1. p. 76—88. (Wird an anderer Stelle referiert.)
3. Badwin, W. H., Diseases of the menopause. Med. Council. Nr. 2. p. 59—60. (Nichts Neues.)
4. Bandler, S. W., Dysmenorrhea. Arch. of Diagn. Vol. 7. Nr. 1. p. 29—32. (Empfehlung der intrauterinen Anwendung des galvanischen Stromes. — Technik derselben. Wenn trotz zwei- bis dreimaliger Anwendung dieser Behandlung die Dysmenorrhoe weiterbesteht, so kann mit Sicherheit gesagt werden, dass sie nicht auf pathologischen oder funktionellen Veränderungen der Cervix beruht.)
5. — Constitutional dysmenorrhea. New York med. Journ. Vol. 99. Nr. 20. p. 962—967. (Zusammenhang zwischen Ovar, Schilddrüse und Menstruation. Viele Fälle von Dysmenorrhoe erklären sich durch Hyper- bzw. Hypofunktion der Schilddrüse.)
6. Bassani, E., La menopause. Gazz. ital. d. levatr. Nr. 2. p. 19—25. (Nichts Neues.)
7. Benthin, W., Ovarium und innere Sekretion. Therap. d. Gegenw. Heft 5. p. 193 bis 200. (Das Ovarium beeinflusst durch seine innere Sekretion die Ausbildung und Erhaltung des Sexualapparates; es entsendet Hormone zum Uterus, die die Mukosa zur Eieinbettung vorbereiten sollen und die die Ursache der Ungerinnbarkeit des Menstrualblutes sind. Die Bildung der Myome steht in einem Zusammenhang mit der Ovarialfunktion. In der medikamentösen Therapie mit Ovarialextrakten nimmt die Applikation derselben bei der Bekämpfung der Ausfallserscheinungen den grössten Raum ein. Die Eierstockpräparate werden angewandt bei natürlicher und künstlich erzeugter Klimax, bei Hypermenorrhoe, Amenorrhoe, ovarieller Dysmenorrhoe usw.)
8. Berchmann, I., Über den Zusammenhang zwischen Halsinfektionen und Menstruation. Diss. in. Halle a. S. Dez. 1913.
9. Berger, B., Ein Fall von besonderer Fertilität, kombiniert mit konstanten Blutungen in der schwangerschaftsfreien Zeit. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 10. p. 367—371. (45jährige Frau, die in 25 Jahren 30 Schwangerschaften durchgemacht und 36 Früchte geboren

hatte. Wenn die Frau nicht gravid war, blutete sie fast ununterbrochen. Berger erklärt dies aus einem wahrscheinlichen besonderen Reichtum des Ovariums an Follikeln und aus der Annahme einer kontinuierlichen Ovulation.)

10. Birnbaum, R., Inhibin, ein pharmakotechnisch neues, lokales Hämostatikum bei genitalen Blutungen. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 15. p. 551—554. (Prinzip der En-Semori- und Semoritabletten; enthält 13 (!) verschiedene hämostatische Stoffe, wie Adrenalin, Stypticin, Ferripyrin usw. Verf. hat 23 Fälle der verschiedensten Genitalblutungen damit behandelt und in 17 Fällen eine prompte Wirkung gesehen.)

11. — Valamin in der gynäkologischen Praxis. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 21. p. 978 bis 979. (Gute Erfolge bei nervösen Beschwerden infolge Retroflexio, bei Dysmenorrhoe usw.)

12. Blair Bell, W., The pathology of uterine casts passed during menstruation. Surg., Gyn. and Obst. 1913. Nr. 6. p. 651—655.

13. — The cause of the non-coagulability of menstrual fluid and of pathological clotting. North of England Obst. and Gyn. Soc. Meeting in Manchester. Dec. 19. 1913. Ref. The Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 25. Nr. 1. p. 52. Als Original erschienen im Journ. of Path. and Bact. Vol. 18. Nr. 4. p. 462—468. (Durch vitale Prozesse des Endometriums wird das Fibrinferment des passierenden Menstrualblutes vernichtet oder ihm entzogen. In 50 Fällen wurde das Menstrualblut untersucht; in ungefähr 25 fehlte Fibrinferment, in den anderen Fällen war es vorhanden. Letztere hatten fast alle eine gynäkologische Erkrankung und es scheint, dass für das Vorhandensein von Fibrinferment im Menstrualblut eine Läsion des Endometriums notwendig ist.)

14. Boldt, H., Pregnancy after the menopause. New York Obst. Soc. Meeting on Nov. 18. 1913. Ref. The Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Vol. 63. Nr. 2. p. 345. (45jährige Frau, seit mehr wie einem Jahr völlige Cessatio mens. und klimakterischen Erscheinungen, musste wegen plötzlich einsetzender Blutungen curettiert werden. Mikroskopisch Plazentargewebe im Ausschabsel.)

15. Brettauer, J., Further report of cases of dysmenorrhea relieved by nasal treatment. Transact. of the Amer. gyn. Soc. 1913. Vol. 38. p. 80—111. (Siehe dasselbe Kapitel dieses Jahresberichtes über 1913, Nr. 8a.)

16. Coe, Uterine Blutungen junger Mädchen. Med. Record. Vol. 85. Nr. 19. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 40. p. 1302. (Kalziumchlorid.)

17. Czyborra, A., Über Hämophilie bei Frauen. Fortschr. d. Med. Bd. 32. Nr. 19. p. 529 bis 530. (Bluterinnen haben stets normale oder schwache Menses. — Mitteilung zweier Fälle, die bei unbedeutenden Operationen am Genitale stark bluteten. Stillung durch Thermokauter und Kochsalzinfusionen.)

18. Dalché, P., Dysménorrée et opothérapie. Revue mens. de gyn., d'obst. et de péd. 1913. Nr. 11. p. 641—656. (Im Anschluss an vier ausführlich mitgeteilte Krankengeschichten bespricht Verf. die Symptome, Ursachen, Diagnose und Behandlung der Dysmenorrhoe. Therapeutisch ausgezeichnete Resultate mit der Darreichung von Schilddrüsenpräparaten, eventuell in Kombination mit Ovarialpräparaten.)

19. Davidowitsch, J., Über den Einfluss der Menstruation auf das Blutbild bei gynäkologischen Erkrankungen. Diss. Strassburg i. E. April.

20. Deutsch, A., Die Behandlung der Adoleszentenblutungen mit Pituglandol. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 15. p. 545—548. (15—20 Injektionen zu je 1 ccm in Pausen von 1—3 Tagen. Gute Erfolge. Vier Krankengeschichten.)

21. Dieulafé, L., Hématométrie et hématocolpos par absence partielle du vagin. Soc. d'obst. et de gyn. de Toulouse. Séance du 4 Févr. Ref. Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn. de Paris. Nr. 2. p. 150—151. (Kasuistisch. 18jähriges Mädchen; übrigens gesund und normal. Die Hämatometra war vor einem Jahre schon einmal infolge eines Falles spontan ins Rektum durchgebrochen und hatte sich entleert. Seitdem aber wieder von neuem Grössenzunahme des Tumors. Es wird vaginal auf den Tumor eingegangen und eine künstliche Scheide gebildet, mit dauerndem vollen Erfolg.)

22. Doederlein, T. J., Dysmenorrhea essentialis. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 19. Nr. 2. p. 165. (Verf. unterscheidet eine „anatomisch-neurotische" und eine „psychoneurotische" Form der Dysmenorrhoe. — Symptome, Behandlung.)

23. Driessen, L. F., Endometritis, Folge abnormaler Menstruation, Ursache profuser Blutungen. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 17. p. 618—622. (Verf. verbreitet sich ausführlich über den Schleimhautbefund bei Endometritiden, über die Vorgänge bei der Men-

struation und die durch diese gesetzten Veränderungen. Seine Untersuchungen haben ihn eine charakterisierte neue Form der Endometritis anzunehmen veranlasst: Endometritis necrobiotica post menstruationem incompletam, die sich klinisch durch profuse Blutungen, mikroskopisch durch Nekrose, hyaline Entartung, Infiltration mit multinukleären Leukozyten, Gefässdilatation, zystische Erweiterung der Drüsen, Epithelwucherung und fehlendes Glykogen auszeichnet. Durch Curettage kann Heilung eintreten. Wiederholt sich jedoch die unvollkommene Abstossung und die unregelmässige Regeneration, so bleibt nur die Kastration durch Operation oder Bestrahlung.)

24. Driessen. L. F., De menstruatie. Nederl. Maandschr. v. Verlosk, Vrouwenz. en Kindergeneesk. Deel III. Nr. 7. p. 412—419. (Holländisch.)

24a. Driessen, Mikrophotographien von der Gebärmutterschleimhaut durante menstruatione. Med. Gyn. Ver. 30. Nov. 1913. Ned. Tijdschr. v. Verl. 24. Jahrg. (Mendes de Leon.)

25. Dunn, H., Das Verhalten der Menstruation bei Morbus Basedowii. Diss. München. März.

26. Duroy, Les préjugés sur la menstruation. Journ. de méd. de Paris. Nr. 11. p. 214. (Hygienische Ratschläge für das Verhalten während der Zeit der Menstruation.)

27. Ekstein, E., Über medikamentöse Uterustonisierung. Gyn. Rundschau. Heft 5. p. 162—164. (Besprechung der Ursachen der Hypotonie des Uterus. Hauptsymptom bildet die Meno- und Metrorrhagie. Empfehlung der Styptase in Tablettenform als bestes Hämostatikum, aber nur bei entleertem Uterus. In 30 Fällen verschiedener Art gute Erfolge.)

28. Falk, E., Phenoval bei gynäkologischen Erkrankungen. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 20. p. 934. (Ein durch Vereinigung von Bromisovaleriansäure und Phenetidin hergestelltes α-Bromisovalerylparaphenetidin, das sich dem Verf. als ein brauchbares Dysmenorrhoikum erwiesen hat. — Dasselbe Präparat wird von Salomon in derselben Nummer dieser Zeitschrift gegen Kopfschmerzen chlorotischer Frauen und Mädchen empfohlen.)

29. Farfell, Des cystématomes menstruels post-opératoires. Thèse de Montpellier. 1913. Nr. 20. (46 Seiten.)

30. Feldmann, M., Über Erystyptikum „Roche". Therap. Monatsh. Heft 4. p. 260—261. (Ausgezeichnete Erfolge. Das Präparat ist billiger als Hydrastisextrakt und schmeckt in der festen Form auch besser.)

31. Figueroa, S., A simple method of recording vaginal discharges. Journ. of the Amer. med. Assoc. Vol. 62. Nr. 3. p. 205. (Methode zur graphischen Darstellung der vaginalen Absonderung nach Menge und Art.)

32. Flinker, Die strafrechtliche Verantwortlichkeit des Weibes. Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Med. u. öffentl. Sanitätswesen. 1. Suppl.-Heft. Verhandl. d. IX. Tagung d. Deutsch. Ges. f. gerichtl. Med. in Wien. 1913. Sept. p. 300—305. (Der Frau sei im Strafrecht eine Sonderstellung anzuweisen, denn die sexuellen Vorgänge üben auf den Gesamtorganismus einen mächtigen Einfluss aus.)

33. Focke, C. E., Digitalis bei Uterusblutungen. Therap. d. Gegenw. Heft 2. p. 68—74. (Verf. empfiehlt die Digitalis besonders gegen die sogenannten idiopathischen (essentiellen) Blutungen bei normalem Uterus, für die er eine funktionelle, keine organische Kreislaufstörung als Ursache annimmt. Man muss unbedingt die Digitalismedikation durch Diätregelung [geordneten Stuhlgang u. a.] unterstützen. Dosierung: Fol. digital. titrata 0,3—0,5% pro dosi ½ Esslöffel bei 13—14jährigen, 0,7—0,9 : 150,0 drei Tage lang esslöffelweise nach den Mahlzeiten bei älteren Individuen.)

34. Fonareff, G., Ein Fall von frühzeitigem Auftreten der Menstruation. Wratsch. Gaz. Nr. 22. p. 901. (Russisch.) (Sechsjähriges Mädchen mit vollkommen entwickelten Genitalien menstruiert seit drei Jahren regelmässig.)

35. Friedrich, M., Amenorrhoe und Phthise. Arch. f. Gyn. Bd. 101. Heft 2. p. 376—388. (Amenorrhoe tritt sehr häufig bei Phthise auf. Auf dem Wege der Lipoidbestimmung lässt sich ein Zusammenhang zwischen den beiden nicht feststellen. Eine schnellere Ausbreitung des tuberkulösen Prozesses durch Lipoidämie liess sich nicht bestätigen; die Tierversuche zeigten gerade das Gegenteil. Nur in der Gravidität macht die Tuberkulose Fortschritte, das zeigt wohl, dass hier noch besondere Faktoren mitsprechen.)

36. Fuhrmann, Dysmenorrhoe. Übersichtsreferat. Med. Klinik. Nr. 23. p. 984—986.

37. Galup, J., Le retentissement des affections des voies respiratoires inférieures sur l'appareil génital de la femme. La Gyn. 1913. Nr. 11. p. 654—670. Revue de gyn.

et de chir. abd. Tome 22. Nr. 3. p. 233—236. (Beziehungen zwischen Genitalorgane und Asthma, Keuchhusten, Bronchitis, akute Entzündungen — Influenza, Pneumonie, Bronchopneumonie — und Tuberkulose. — Bei den akuten Erkrankungen bleibt oft die Menstruation aus. Keuchhusten hat oft Leukorrhoe zur Folge. Bei tuberkulösen Mädchen kann oft die Menstruation verspätet, oder, was seltener ist, verfrüht eintreten; bei Frauen kann sie unregelmässig werden oder ganz wegbleiben. Seltener tritt Menorrhagie oder Metrorrhagie ein. Menstruationsstörungen überhaupt treten in 48—70% der Fälle auf. Nur die Amenorrhoe gibt eine schlechte Prognose. Frequent ist auch eine verfrühte Menopause, wahrscheinlich unter Einfluss bazillärer Toxine. — Eine günstige Einwirkung der spezifischen Behandlung ist nicht zu verkennen; in Zweidrittel der Fälle verschwinden die krankhaften Erscheinungen. — Nach Ansicht des Verf. kommt in 18—20% der Fälle auf hämatogenem Wege eine sekundäre Infektion der Genitalorgane, vorwiegend der Tuben, zustande.)

38. Gerstenberg, E., Konzentriertes Formalin, das am schnellsten und sichersten wirkende chemische Mittel zur Behandlung klimakterischer Blutungen. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 35. p. 1201. (Technik. Erfolge. Schädigungen hat Verf. nie gesehen.)

39. Gibert, De l'âge de l'apparition de la fonction menstruelle. Thèse de Paris. 1913.

40. Girol, S. R., L'homoorganothérapie dans le traitement de quelques gynécopathies. Journ. de méd. int. Nr. 3. p. 21—23. (Uteriner Infantilismus, Dysmenorrhoe bei jungen Mädchen und pseudohysterische Beschwerden bei „sklero-zystischen" Veränderungen des Eierstocks sind durch eine Hypofunktion der Eierstöcke bedingt. Er empfiehlt für diese Fälle sein „Ovaromyom", ein Extrakt aus Ovarien von Frauen mit Myoma uteri. An einigen wenigen eigenen Fällen hatte Verf. angeblich gute Erfolge.)

41. Goenner, A., Zur Frage der Intrauterinstifte. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 42. p. 1326. (Im Gegensatz zu der von Opitz vertretenen Ansicht [cf. „Intrauterine Behandlung" Nr. 33) hält Verf. die Anwendung der Intrauterinstifte für erlaubt und segensreich bei gewissen Formen von Sterilität, Dysmenorrhoe und Amenorrhoe infolge schlechter Entwicklung der Genitalien und wendet dieselben in Form der Metallstifte mit Seitenöffnungen an. Er hat noch keine Nachteile davon gesehen und glaubt, dass die schlechten Resultate nur eintreten, wenn man die Stifte zu bald nach grösseren Operationen einlegt. Man soll in solchen Fällen immer 10—14 Tage warten.)

42. Goffe, J. Riddle, Menorrhagie und Metrorrhagie, was bedeuten sie? Med. Record. 1913. Vol. 84. Nr. 19. p. 867. (Trennung der Meno- und Metrorrhagien in zwei Klassen, je nachdem ein manifester ätiologischer Faktor [Endometritis, Tubenaffektion, Uterusdeviationen, Tumoren usw.) vorliegt oder nicht. Hinweis auf die Untersuchungen Sturmvogels, denen zufolge das an und für sich gerinnungsfähige Blut beim Durchtritt durch das Endometrium durch Einwirkung eines Antiferments seine Gerinnungsfähigkeit verliert. Therapeutisch werden wiederholte Abrasionen, die das submuköse Bindegewebe tangieren und dadurch Antifibrin mobilisieren können, verworfen, eine Abrasio dagegen schon zur Sicherung der Diagnose empfohlen. Unter der Annahme, dass durch das Lutein oder andere innersekretorische Stoffe des Ovariums die Periode normalerweise reguliert wird, ist Organotherapie mit Ovarialextrakten, Pituitrin, zu versuchen.)

43. Gohl, V. J. G., Het opwekken van tijdelijke steriliteit door middel van Röntgenstralen bij hardnekkige vormen van dysmenorrhoea. (Vorübergehende Sterilität durch Röntgenbestrahlung bei hartnäckiger Dysmenorrhoe.) Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. 1913. II. Helft. Nr. 24. p. 2095. (Holländisch.) (Ergibt sich aus der Überschrift. Guter Erfolg in einem Falle.)

44. Golloway-Roswell, D. H., Ein einzigartiger Fall von vikariierender Menstruation. Journ. of the Amer. med. Assoc. 1913. Vol. 61. Nr. 21. 1897. (Zur Zeit der Menstruation starke Vermehrung der profusen Blutung aus handgrossen, oberflächlichen Ulzera an beiden Beinen, welche Ulzera zu dieser Zeit auch grösser wurden. Nach Heilung der Geschwüre Rezidiv bei jeder Periode. Deshalb Curettage des infantilen Uterus mit nachfolgender Jodtinkturätzung. Von da an Stärkerwerden der vorher schwachen Periode und definitive Heilung der Ulzera.)

45. v. Graff, E., Schilddrüse und Genitale. Arch. f. Gyn. Bd. 102. Heft 1. p. 109—140. (Die Behauptung des häufigen Auftretens von Strumen im Klimakterium wird als unbewiesen abgelehnt.)

46. — und J. Novak, Basedow und Genitale. Arch. f. Gyn. Bd. 102. Heft 1. p. 18—39. (Wird an anderer Stelle referiert.)

47. Gumprich, G., Der Einfluss der Menstruation auf das Blutbild bei gesunden Individuen. Hegars Beitr. z. Geb. u. Gyn. Bd. 19. Heft 3. p. 435—460. (Die Erythrozyten schwanken meist nur um einige Hunderttausende; auch für die Leukozyten lässt sich keine Regel aufstellen, die für alle Fälle gültig ist. Die Lymphozyten sind grossen Schwankungen unterworfen. Abfall und Anstieg während, resp. vor und während der Menses wird beobachtet, geschieht aber nie im Sinne einer Wellenlinie. — Kurven und Tabellen.)

48. Häffner, R., Die Beziehungen zwischen Menstruation und Nerven- und Geisteskrankheiten auf Grund von Literatur und klinischer Beobachtung. Diss. Heidelberg. Febr.

49. Halban, J. und R. Köhler, Die Beziehungen zwischen Corpus luteum und Menstruation. Arch. f. Gyn. Bd. 103. Heft 3. p. 574—589.

50. Hall, G. T., Amenorrhea and dysmenorrhea. Certain forms for which treatment may be emphasized. Texas State Journ. of Med. Vol. 9. Nr. 11. p. 348—350. (Empfehlung des Intrauterinpessars zur Heilung dysmenorrhoischer Beschwerden bei Subinvolutio uteri, pathologischer Anteflexion und engem Zervikalkanal. — Störungen wurden nicht beobachtet. — Zwei eigene Fälle werden ausführlich mitgeteilt.)

51. Hasche-Klünder, Ein Fall von degenerativer Hysterie in engem Zusammenhang mit dem Geschlechtsleben und vor allem mit der Menstruation. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. 51. Heft 3—6. (Im Alter von 12 Jahren wurde das Mädchen von monatlich wiederkehrenden, kurzdauernden psychischen Störungen — Verwirrtheit, Wandertrieb — befallen. Mit Einsetzen der Menstruation verloren sich diese Anfälle, traten aber bei Beginn des Geschlechtsverkehrs in verstärktem Masse wieder auf und führten schliesslich zu einer völligen ethischen Depravation der Patientin. Verf. hält den Zusammenhang der Erkrankung mit dem Geschlechtsleben für feststehend. Das Leiden selbst muss als eine auf degenerativer Basis entstandene hysterische Psychose angesehen werden.)

51a. Helms, O., I hvilken alder indtraeder Menstruationen hos kvinder her i Landet? (In welchem Lebensalter tritt die Menstruation bei Weibern hierzulande ein?) Ugeskr. f. Laeger. p. 1893—1897. (Das Material entstammt einem Sanatorium für Lungentuberkulose. Von 1700 Patienten waren nur 1000 „brauchbar". Als Durchschnittsalter wurde 15 Jahre 7 Monate gefunden. Verf. meint, daß die Menstruation im Verhältnis zur Mitte des letzten Jahrhunderts in unseren Tagen ungefähr zwei Jahre früher eintritt.) (O. Horn.)

52. Hernaman-Johnson, F., The treatment of severe menstrual pain and excessive bleeding by X-rays. Practitioner. Nr. 5. p. 716—720. (Mitteilung von zwei Fällen und kurze Beschreibung der Technik.)

53. Hirschberg, A., Über die vikariierende, bzw. komplementäre Menstruation. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 26. — Italienisch: Boll. della clin. Nr. 7. p. 335. (Den in der Literatur verzeichneten Beobachtungen reiht Verf. den Fall einer 27jährigen Frau an, bei welcher vom 17. Lebensjahre angefangen regelmässig neben der Genitalblutung eine Blutabsonderung aus den Brüsten bestand. Verf. lässt es unentschieden, ob es sich da um eine besondere Art von Störung des innersekretorischen Drüsenstoffwechsels oder um eine Gefässneurose handelt.)

54. Hoffmann, E., Die Toleranz gegen Galaktose in der Norm und während der Menstruation. Zeitschr. f. experimen. Path. u. Ther. Bd. 16. Heft 3. (Beim Menschen liegt die Toleranzgrenze nicht, wie bisher angenommen wurde, bei 40 g, sondern niedriger, wahrscheinlich bei 15 g. Während der Menstruation zeigt sich die Toleranz gegen Galaktose erhöht; auch auf andere Zuckerarten scheint sich diese Toleranzerhöhung zu erstrecken. Die Hormone der Ovarien stehen also wohl in Beziehung zum Zuckerstoffwechsel. — Zahlreiche eigene Versuche am Menschen und an Kaninchen.)

55. Hofstätter, R., Über Hypophysenmedikation bei Pubertätsblutungen. Gyn. Rundschau. Heft 15. p. 541.

56. Holden, F. C., The treatment of sterility by the Dudley-Reynolds operation. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. 1913. Vol. 68. Nr. 6. p. 1064 bis 1072. (Genaue, durch instruktive Abbildungen erläuterte Beschreibung der Technik dieser beiden Operationen. Von 40 Fällen wurde in 34 die Dysmenorrhoe beseitigt, in 5 nicht gebessert, in 1 als schlimmer angegeben. 25% der Verheirateten wurden nach der Operation gravid. Für die Technik siehe das Kapitel „Gynäkologische Operationslehre".)

57. Holländer, E., Pseudomenstruatio postoperativa. Zentralbl. f. Chir. Nr. 17. p. 713 bis 715. (Tritt im Anschluss an eine nichtgenitale Bauchoperation eine Menstruation ein, so ist dies von absolut günstiger Vorbedeutung für den Operationsverlauf. Als Beispiel dieses Grundsatzes teilt Verf. den Fall einer seit zwei Jahren amenorrhoischen Frau mit, bei der 36 Stunden nach der Operation wegen Peritonitis diffusa — nach Appendizitis — eine Genitalblutung eintrat. Diese vom Verf. Pseudomenstruatio bezeichnete Genitalblutung tritt unabhängig von der normalen Periode in Erscheinung. Eine richtige physiologische Erklärung steht noch aus. Besonders für die eitrigen Peritonitiden der Douglasabszesse ist diese postoperative Genitalblutung ein günstiges Omen.)

58. Hüssy, P., Über die therapeutische Verwendung von Papaverin in der Gynäkologie. Gyn. Rundschau. Heft 9. p. 320—323. (Opiumalkaloid. Mit Hydrastinin kombiniert als Hydrastopon „Roche" in den Handel. Hat sich bewährt bei spastischer Dysmenorrhoe, Mittelschmerz, Uteruskolik usw. Da es bei rein nervösen Krampfzuständen versagt, kann es differentialdiagnostisch über die Art der Dysmenorrhoe Aufschluss geben.)

59. Kahler, H., Über den Einfluss der Menstruation auf den Blutzuckergehalt. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 15. p. 417—418. (Untersuchungen an 22 Fällen nach der Mikromethode von Bang. Unmittelbar vor oder mit dem Eintritt der Menstruation tritt eine mit oder kurz vor dem Ende derselben wieder schwindende Hyperglykämie auf, über deren Zustandekommen nichts Näheres bekannt ist.)

60. Kaldori, S., Kasuistischer Beitrag zur Anwendung des neuen Sekaleersatzpräparates Uteramin-Zyma. Gyn. Rundschau. Heft 4. p. 130—131. (In zwei Fällen bei Metrorrhagien gute Erfolge.)

61. Kalledey, L., Über die Rolle der inneren Sekretionsdrüsen und ihre gynäkologische Anwendung. Kgl. Ges. d. Ärzte in Budapest. Sitzg. vom 28. März. Ref. Wiener med. Wochenschr. Nr. 46. p. 2381. (Vortragender hat durch intravenöse Applikation von Glanduovin Richter [einem Ovarialextrakt] Dysmenorrhoe, Oligomenorrhoe, Amenorrhoe, klimakterische Symptome und Schwangerschaftserbrechen, die er durch verringerte oder fehlende Funktion des Ovars bedingt erachtet, mit gutem Erfolg behandelt. Auf Grund seiner Erfahrungen glaubt Kalledey, dass das injizierte Präparat nur als Reiz wirkt und die Produktion eines stärkeren Eigenhormons anregt.)

62. Kamann, K., Hämatokolpos und Hämatometra. Med. Ges. zu Magdeburg. Sitzg. vom 26. März. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 38. p. 1978. (Die Hämatometra reichte bis zum Nabel, Hämatosalpingen fehlten bei dem 16jährigen Mädchen. Inzision der vaginalen Atresie. Heilung.) (Heimann.)

63. Kaminskaja, L. A., Extractum fluidum polygoni hydropiperis und seine styptische Wirkung. Wratsch. Gaz. Nr. 14. p. 573—575. (Russisch.) (Gute Wirkung an 73 gynäkologischen Kranken. Dreimal täglich 30—40 Tropfen per os. Bei neun menstruierenden Frauen wurde der Blutverlust im Mittel um 36,57% kleiner.)

64. Katahira, S., Über den Zusammenhang der Menstruation und Psychose oder Menstruationspsychose. Diss. München. Dez. 1913.

65. King, J. L., Concerning the periodic cardiovascular and temperature variations in women. Amer. Journ. of Phys. Vol. 34. Nr. 2. p. 203—219. (Untersuchungen an 11 gesunden Frauen. Bestätigung der Lehre von der rhythmischen Wellenbewegung im Organismus des Weibes. — Literatur.)

66. Kjaergaard, S., Zur Frage der Abderhaldenschen Reaktion bei Gravidität und Menstruation. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 7. p. 264—265. (Im prämenstruellen Stadium fand sich konstant eine Steigerung des Abbauvermögens gegenüber Plazentargewebe, die zuweilen so stark war, dass sie den niedrigsten Grenzwert des Gravidenserums erreichte oder übertraf.)

67. König, H., Beiträge zur forensisch-psychiatrischen Bedeutung von Menstruation, Gravidität und Geburt. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd. 53. Heft 2. p. 685—737. Heft 3. p. 777—894. (Bei kriminellen Handlungen, die von Frauen im zeugungsfähigen Alter begangen sind, empfiehlt es sich, Erhebungen über die zeitlichen Beziehungen der Tat zu den Menstruationsterminen anzustellen und dieselben in den Akten zu verzeichnen. Das Zusammentreffen von Menstruation und Tat bedingt an und für sich noch keine Alteration der Zurechnungsfähigkeit, lässt aber eine ärztliche Untersuchung angebracht erscheinen. In zweifelhaften Fällen erscheint eine ärztliche Beobachtung von einem oder besser mehreren Menstruationsterminen geboten. Für die Bewertung des menstruellen Vorganges als die Zurechnungsfähigkeit aufhebendes, bzw. beein-

trächtigendes Moment lassen sich keine allgemein gültigen Regeln aufstellen, dieselbe kann immer nur für jeden einzelnen Fall festgestellt werden.)

68. Kosminski, E., Zur Behandlung der Amenorrhoe mit Hypophysenextrakten. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 33. p. 1655. (24 Patientinnen wurden mit Injektionen von Pituitrin, Pitoglandol oder Hypophysin behandelt. Bei 20 traten nach längerer Pause die Menses wieder ein; bei 6 wurde eine dauernde Heilung erzielt. Durchaus erfolglos war die Behandlung nur bei 3, wovon eine an Bauchfelltuberkulose litt, zwei vor einiger Zeit Typhus gehabt hatten. Es betrafen 7 Fälle angeborenen Infantilismus, 3 Subinvolutio uteri, 3 Adipositas, 3 präklimakterische Amenorrhoe — bei letzteren wurde auch Ovaradentriferrin gegeben —, 5 Neurasthenie bzw. Hysteroepilepsie und 5 Oligomenorrhoe. Im allgemeinen wurde die Injektion jeden zweiten Tag gegeben, nach 10 Injektionen eine Woche ausgesetzt, der Urin wurde kontrolliert. Von Störungen wurde nur bisweilen Schwindel und Ohrensausen beobachtet.)

69. Kraus, A. G., Die Therapie der klimakterischen Ausfallserscheinungen. Diss. in. Freiburg i. Br. Juli.

70. Landeker, A., Zum Kapitel der vikariierenden Menstruation. Allg. med. Zentral-Zeitg. Jg. 83. Nr. 20. p. 219—220. (Periodisches Auftreten profuser Diarrhöen in typischen Menstruationsintervallen. Mitteilung zweier aus einer Reihe von 17 selbst beobachteten Fällen.)

71. Landsberg, E., Zwei therapeutische Vorschläge für die gynäkologische Praxis. Extrakt aus Corpora lutea vera gegen Blutungen. Therap. Monatsh. Heft 5. p. 345—347. (Bei acht Fällen von Pubertätsblutungen mit Veroglandol „Roche" subkutan prompte Wirkung.)

72. Lerner, S., Die inneren Erkrankungen und ihre Beziehungen zur Menstruation. Diss. in Strassburg 1913.

73. Leuret, E., A propos d'une fixation de l'utérus. Soc. de chir. de Paris. Séance du 10 Juillet. Ref. Presse méd. p. 570. (Fistelbildung nach Ventrofixation, weil man eine Kompresse vergessen hatte. Menstruelles Sekret aus der Fistel, weil man eine Tube — anstatt des Lig. rot. — fixiert hatte!)

74. Lobligeois, L'électrothérapie dans les troubles de la menstruation. Progrès méd. Nr. 16. p. 188—189. (Allgemeine Betrachtungen und Indikationsstellung.)

75. Mac Farlane, C., A graphic menstrual chart. Obst. Soc. of Philadelphia. Meeting on Nov. 6. 1913. Ref. The Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Vol. 69. Nr. 4. p. 677—681. (Die Tabellen sollen von den Frauen selbst geführt werden.)

76. Mapes, C. C., Infantile menstruation. Pediatrics. Vol. 26. Nr. 1. p. 24—30.

77. Marcotty, Über das Corpus luteum menstruationis und das Corpus luteum graviditatis. Arch. f. Gyn. Bd. 103. Heft 1. p. 63—106. (Mit 1 Tafel.)

78. Maresch, R., Hochgradige senile Involution des weiblichen Genitales mit vollständiger Obliteration des Uterus und der Vagina. Geb.-gyn. Ges. in Wien. Sitzg. vom 20. Jan. Ref. Wiener med. Wochenschr. Nr. 34. p. 1953.

79. Martin, A., Der intrauterine Stift. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. Heft 6. (Stiftbehandlung der Amenorrhoe resp. Oligomenorrhoe, besonders bei infantil entwickeltem Uterus an etwa 80 Fällen, grösstenteils mit Erfolg. Technik.)

80. Mayer, E., The intranasal treatment of dysmenorrhea with a report of ninety-three cases. Journ. of the Amer. med. Assoc. Vol. 62. Nr. 1. p. 6—8. (Kokainisierung, Kauterisation und Verätzung der Genitalpunkte mit Trichloressigsäure. In 60% der Fälle Heilung; nur 19 blieben unbeeinflusst.)

81. Meyer, R., Über die Beziehung der Eizelle und des befruchteten Eies zum Follikelapparat, sowie des Corpus luteum zur Menstruation. Arch. f. Gyn. Bd. 100. Heft 1. 1—19. (Wird im Kapitel „Ovarien" referiert.)

82. Miller, J. W., Corpus luteum, Menstruation und Gravidität. Arch. f. Gyn. Bd. 101. Heft 3. p. 568—619. (Wird im Kapitel „Physiologie der Gravidität" referiert.)

83. Monheim, M., Menstruation bei Herzfehlern. Diss. in München 1913.

84. Mosher, C. Duel, A physiologic treatment of congestive dysmenorrhoea and kindred disorders associated with the menstrual function. Journ. of the Amer. med. Assoc. Vol 62. Nr. 17. p. 1297—1301. (Die Ursache soll in Zirkulationsstörungen im Abdomen und im Becken liegen. Therapeutisch Atemübungen in Rückenlage, um den Abfluss des Blutes nach dem Herzen zu begünstigen.)

85. Münzer, A., Pubertas praecox und psychische Entwicklung. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 10. p. 448—449. (Menstruation seit dem dritten Lebensmonate.)

86. Nessmelowa, S. N., Beiträge zu den Veränderungen des Blutes durch die Menstruation. Diss. in Tomsk. 1913. (189 Seiten. Russisch.)

87. Ohrenstein, J., Beitrag zur Behandlung der Amenorrhoe. Wiener med. Wochenschr. Nr. 36. p. 2013. (Empfehlung des Ovaradentriferrin. Gute Erfolge in fünf Fällen. Die Menses traten meist bald nach Gebrauch der Tabletten wieder auf und kehrten dann regelmässig wieder.)

88. Oliver, J., Painful menstruation. Practitioner. Nr. 1. p. 107—114. (Bekannte innere Mittel gegen Dysmenorrhoe. Nichts Neues.)

89. Passow, C. A., Wechselseitige Beziehungen zwischen Psychosen und Menstruationsstörungen. Med. Klinik. Nr. 12. p. 497—500. (Allgemeine Betrachtungen und Mitteilung eines eigenen Falles von menstruellem Irresein.)

90. Patton, W. T., A case of supplemental vicarious menstruation cured by submucous resection of nasal septum. Laryngoscope. Vol. 24. Nr. 3. p. 184. (20jähriges Mädchen; seit dem 15. Jahre regelmässig drei Tage vor der Menstruation Nasenblutung. Heilung durch submuköse Resektion der S-förmigen Septumdeviation.)

91. Petit-Dutaillis, P., Aperçu pratique des dysménorrées et de leur traitement. La Gyn. Nr. 2. p. 99—115. (Praktische Übersicht. Nichts wesentlich Neues. Bei der infantilen Form der Dysmenorrhoe empfiehlt Verf. ein von ihm selbst angegebenes, röhrenförmiges, gefenstertes Intrauterinpessar und eine Modifikation desselben von Bisch, mit denen er gute Erfolge erzielt hat. — Ablehnung der Endometritisbehandlung mit Chlorzinkinjektionen.)

92. Pick, J., Meine Erfahrungen mit Styptol. Gyn. Rundschau. 1913. Heft 22. p. 831. (Die schlechten Erfahrungen, die häufig mit diesem Mittel gemacht werden, beruhen darauf, dass meist zu geringe Dosen gegeben werden. 12—15 Tabletten pro die werden anstandslos vertragen und führten bei chronischer Metritis, Dysmenorrhoe und auch bei interstitiellen Myomen zu sehr befriedigendem Ziel. Nebenwirkungen oder Störungen wurden niemals beobachtet.)

93. Pickel, J., Beeinflussung gynäkologischer Blutungen durch Erystyptikum „Roche". Therap. d. Gegenw. 1913. Dez. (Empfehlung des Präparates auf Grund praktischer Erfahrungen bei Menorrhagien, habitueller profuser Menstruationsblutung, präklimakterischen und klimakterischen Blutungen usw.)

94. Revillet, L., De l'héliothérapie marine dans les tuberculoses abdominales. Organes génito-urinaires. Prov. méd. Année 27. Nr. 25. p. 271—276. (Die Heliotherapie heilt zahlreiche verzweifelte Fälle von Amenorrhoe und Dysmenorrhoe, für die kein anatomischer Grund vorliegt. Beim jungen Mädchen in der Pubertät verhindert sie den Infantilismus und die Hypoplasie der Geschlechtsorgane.)

95. Rieck, A., Zur Therapie der Amenorrhoe. Nordwestdeutsche Ges. f. Gyn. Sitzg. vom 16. Mai. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. p. 421. (Empfehlung des Intrauterinstiftes.)

96. — Zur Therapie der Amenorrhoe. Ein Wort für den Intrauterinstift. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 30. p. 1061. (Der Intrauterinstift ist ein ausgezeichnetes Mittel, um funktionelle Amenorrhoen und Oligorrhoen zu beseitigen. Er tut das noch in der grössten Mehrzahl der Fälle, die jeder anderen Therapie trotzen. Die Wirkung ist um so sicherer, je grösser die Beschwerden waren. Durch den Dauerstift kommt es in den meisten Fällen zu einer wirklichen Heilung der angeführten Menstruationsanomalien, indem auch nach Herausnahme des Stiftes der gute Zustand erhalten bleibt. Der zweckmässig geformte und im Tragen kontrollierte Intrauterinstift ist gänzlich ungefährlich. In 19 von 22 Fällen, von denen in einer Tabelle alle Besonderheiten ausführlich mitgeteilt werden, war der Erfolg sehr befriedigend.)

97. Rosenblatt, D. J., Über den Einfluss von Operationen im Bereiche der Adnexe auf den Verlauf der Menstruation. Diss. in. Strassburg i. E. April.

98. Roussakova-Zuovitch, A. A., Salz- und Schlammbäder während der Menstruation. Journ. akusch. i shensk. bol. Mai-Juni.

99. Ruge II, C., Über Ovulation, Corpus luteum und Menstruation. Arch. f. Gyn. Bd. 100. Heft 1. p. 20—48. (Ovulation und Corpus luteum-Bildung stehen mit den zyklischen Veränderungen der Uterusschleimhaut in einem zeitlichen Zusammenhang. Berstung des Follikels und die Anfänge der Corpus luteum-Entwicklung fallen in die ersten 14 Tage nach Beginn der Menstruation. Vaskularisation und Blüte des Corpus luteum finden sich in der zweiten Hälfte des Intermenstrums. Mit dem Auftreten der Menses beginnt die Rückbildung des Corpus luteum.)

100. Schäffer, K., Über die Beeinflussung der Menstruation durch gynäkologische Operation. Diss. in München 1913.

101. Schattauer, F., Zur Therapie innerer Blutungen. Frauenarzt. Heft 1. p. 3—5. (Gute Erfolge mit Styptasetabletten, in der Hauptsache tanninchlorsaures Kalzium und andere hämostyptische Medikamente, wie Hamamelis, Flurate usw. enthaltend. Sie bilden eine wünschenswerte Ergänzung unserer Sekaletherapie.)

102. Schickele, G., Die Beziehungen der Menstruation zu allgemeinen und organischen Erkrankungen. Ergebn. d. inn. Med. u. Kinderheilk. 1913. Bd. 12. p. 385—488.

103. — Die Ätiologie und kausale Therapie der Uterusblutungen. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. Heft 3. p. 290—333. (Umfassender Sammelbericht; Referat siehe im Kapitel „Pathologie des Uterus".)

104. Schiffmann, J., Tuberkulose, Uterusatresie und Amenorrhoe. Arch. f. Gyn. Bd. 103. Heft 1. p. 1—17. (Zwei genau klinisch beobachtete und anatomisch-histologisch beschriebene Fälle. Durch beide wird die Ansicht bestätigt, dass bei vollständigem Fehlen der Menses nicht immer der Infantilismus, sondern eingreifende, klinisch nicht nachweisbare Veränderungen in der Zeit vor der Pubertät die Ursache abgeben, dass dem klinisch diagnostizierten Infantilismus in der Tat anatomisch-histologisch ein anderer erworbener Zustand zugrunde liegen kann, so dass die Trias dann Tuberkulose, tuberkulöse Erkrankung des Uterus bzw. Folgezustände, Atresie und Amenorrhoe lauten würde. — Mit 2 Textfiguren und 1 Tafel.)

105. Schnock, B. M., Ein Fall von Schwangerschaft bei primärer Amenorrhoe und vikariierender nasaler Menstruation. Diss. in. Giessen. (Mit Eintritt der Schwangerschaft hörte die nasale Menstruation auf.)

106. Schottländer, J., Zur Theorie der Abderhaldenschen Schwangerschaftsreaktion, sowie Anmerkungen über die innere Sekretion des weiblichen Genitales. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 12. p. 425—438. (Die paradoxen [positiven] Resultate mit der Reaktion bei Fällen von Adnextumoren, Karzinomen, Myomen usw. in Fällen von fehlender Schwangerschaft lassen sich vielleicht darauf zurückführen, dass die untersuchten Frauen sich in der antemenstruellen Periode befunden haben. Die positiven Befunde bei Amenorrhoischen [Kelledey] führt Verf. auf Thekaluteinzellensekrete zurück, die er den Deziduazellen gleich bewertet.)

107. Schröder, R., Über das Verhalten der Uterusschleimhaut um die Zeit der Menstruation. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. Heft 1. p. 3—21. (Verf. teilt auf Grund seiner Untersuchungen von Uterusschleimhaut, die teils durch Abrasionen, teils durch Exstirpation des Uterus gewonnen war, die Veränderungen der Schleimhaut in drei Phasen ein: I. Prämenstruumende [Zeitraum: 3—4 Tage vor Blutungsbeginn), II. Schleimhautzerfall = anatomische Menstruation [Zeitraum: die ersten drei Tage der Blutung]. III. Status post desquamationem et regenerationis [Zeitraum: 2 resp. 3—5 Tage nach Beginn der Blutung].)

108. — Über Anatomie und Pathologie des Menstruationszyklus. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 42. p. 1321.

109. Schwarz, E., Metrorrhagia. New York. med. Record. Vol. 86. Nr. 4. p. 155.

110. Schwarz, O., Über die sogenannte nervöse Pollakiurie bei Frauen. Wiener med. Wochenschr. Nr. 13. p. 597—600. Zeitschr. f. Urol. Bd. 8. Beiheft 3. Verhandl. d. Deutschen Ges. f. Urol. 4. Kongr. in Berlin. 1913. p. 346—352. (Die Symptome verschwinden oft total zur Zeit der Menstruation, d. h. zur Zeit der gesteigerten Ovarialtätigkeit. Vielleicht liegt die Ursache in einem gesteigerten Sympathikustonus. Es gelang durch Zufuhr von Ovarialsubstanz auch im Menstruationsintervall einzelne Frauen von ihren Beschwerden zu befreien.)

111. Seitz, L., H. Wintz und L. Fingerhut, Über die biologische Funktion des Corpus luteum, seine chemischen Bestandteile und deren therapeutische Verwendung bei Unregelmässigkeiten der Menstruation. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 30. p. 1657 bis 1661. Nr. 31. p. 1734—1738. (Die Menstruation hängt von der Funktion des Corpus luteum ab. Dieses enthält zwei Körper: das Luteolipoid, das blutungshemmende Eigenschaften hat und subkutan vor und während der Menses einverleibt die Blutung vermindert und abkürzt. Und 2. das Lipamin, ein Lipoproteid, und zwar ein Lezithalbumin. Es bewirkt im Tierexperiment ein beschleunigtes Wachstum der Genitalien, beim Weibe lässt sich durch subkutane Einspritzung bei Amenorrhoischen die Menstruation herbeiführen. Das Luteolipoid und das Lipamin sind Antagonisten und regulieren den Ablauf der Menstruation. Therapeutisch wirkt das Luteolipoid vor-

züglich bei Pubertätsblutungen und bei Menorrhagien ohne organische Grundlage. Bei klimakterischen Blutungen wirkt es nur, wenn die Blutungsgerinnung verlangsamt ist. Wirkungslos ist die Injektion bei Blutungen auf entzündlicher Grundlage. Bei Myomen tritt sogar eher eine vorübergehende Verstärkung der Blutung ein. Bei Dysmenorrhoen, die mit stärkeren Blutungen einhergehen, hat das Luteolipoid günstige Wirkung auf die Schmerzen. Das Lipamin vermag, genügend lange angewendet, bei Amenorrhoischen die Menstruation herbeizuführen. Es ist berechtigt, den Versuch zu machen, die Hypoplasie der Genitalien durch längerdauernde Einspritzung des Lipamins zu beheben. Es scheint, dass bei Dysmenorrhoen mit zu geringer Blutung das Lipamin, vor der Periode eingespritzt, die Schmerzen zu lindern und zu beseitigen vermag. — 16 Kurven. 2 Abbildungen. Ausführliche Mitteilung von 16 Krankengeschichten.)

112. Sielmann, R., Hundert Fälle von Frauenleiden mit Röntgenstrahlen behandelt. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. 22. Heft 3. p. 277—290. (Myome, Metropathien, klimakterische Blutungen und Dysmenorrhoen sind mit seltenen Ausnahmen durch Röntgenbestrahlung heilbar. Dazu genügen geringe und mittlere Dosen. Alle nicht operablen malignen Tumoren sind mit grossen Dosen zu behandeln. Operierte Fälle müssen prophylaktisch bestrahlt werden. — Siehe auch unter „Strahlentherapie der Myome".)

113. Siredey, A. et H. Lemaire, Traitement des dysménorrhées, Paris méd. Nr. 21. p. 516—518. Allg. Wiener med. Zeitg. Nr. 19. p. 190—191. Nr. 20. p. 200—201. (Im Schmerzanfall Bad von 38°, nach Bedarf 2—3 täglich, ferner Bettruhe, heisse Kompressen. Bei der Dysmenorrhoe der Pubertät allgemein-hygienische Massnahmen, Organtherapie, Nasenaffektionen, insbesondere Hypertrophie der unteren Muscheln, indizieren nasale Behandlung mit Kokain oder Kauterisation. In der Zeit des aktiven Geschlechtslebens wird die Dysmenorrhoe oft günstig durch eine Ovariotomie beeinflusst. Bei mangelhafter Entwicklung des Uterus ist Massage, bei Stenose des inneren Muttermundes Dilatation mit Laminaria zu empfehlen. Für die Dysmenorrhoe der Menopause ist sehr häufig Hyperthyreoidismus die Ursache, der organtherapeutisch zu behandeln ist. Von Medikamenten kommen solche in Frage, die auf den Blutumlauf günstig wirken: Hamamelis virginica, Hydrast. canadens, Viburnum prunifolium, Piscidia erythrine, Cannabis indica. Bei Dysmenorrhoea membranacea lokale Behandlung der Uterusschleimhaut.)

114. — — Traitement des aménorrhées. Paris méd. Nr. 25. p. 610—612. (Allgemeine Betrachtungen. Nichts Neues.)

115. Sokoloff, F., Menstruatio praecox bei einem Neugeborenen. Geb.-gyn. Ges. in Kiew. Sitzg. vom 22. Nov. 1913. Ref. La Gyn. Mai. p. 380.

116. Spencer, W. G., Two cases of tuberculous peritonitis and salpingitis with menstrual complications. The Brit. med. Journ. Nr. 2767. Jan 10. p. 83—84. (Siehe näheres im Kapitel „Ligamente und Tuben". Im ersten Falle bestand eine intermittierende Hämatosalpinx während der Menstruation. Im zweiten hatte sich beiderseits im Anschluss an die Entfernung tuberkulöser Anhänge eine „Menstrualfistel" gebildet.)

117. Stolper, L., Zur Atropinbehandlung der Dysmenorrhoe. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 3. p. 46—47. (Durch Atropin — symptomatisch — zu beeinflussen sind in der Regel die Fälle mit fast normalem Blutdruck, welche häufig vagotonische Zeichen aufweisen. Dagegen reagieren Fälle mit starker Blutdrucksteigerung nicht auf Atropin, sondern auf fortgesetzte, die Zirkulation im kleinen Becken regulierende, den Blutdruck herabsetzende Behandlung. Die Uzara wirkt in manchen Fällen der ersten Gruppe analog dem Atropin günstig.)

118. Streit, B., Über Katamen Cefag, ein neues, wirksames Mittel gegen Dysmenorrhoe. Korrespondenzbl. f. Schweiz. Ärzte. Bd. 44. Nr. 25. p. 782—783. (Chemisch ein Gemisch von Antipyrin, Pyramidon und Benzoesäure. Sehr gute Erfolge in 10 Fällen von Dysmenorrhoe, ohne irgendwelche Störungen.)

119. Sturmdorf, A., The functional metrorrhagias, their nature and control. Journ. of the Amer. med. Assoc. Vol. 62. Nr. 7. p. 507—508. (Während der Menstruation und abnormalen Uterusblutungen wird dem Endometrium durch den grossen Kreislauf normal-gerinnungsfähiges Blut zugeführt, indessen sondert es dasselbe in nicht-gerinnungsfähigem Zustande wieder aus. Der Verlust der Gerinnungsfähigkeit liegt nicht in dem Fehlen gewisser Substanzen im Blute, sondern in der Gegenwart hemmender Stoffe, die periodisch von dem Endometrium ausgeschieden werden und sich aus ihm extrahieren lassen. Das Endometrium wird zur Absonderung dieser Stoffe angeregt

von einem Hormon, das im Graafschen Follikel entsteht. Letztere Substanz kann man bisher noch nicht isolieren und kennt auch nicht seine Antagonisten. Die Ausscheidung des gerinnungshemmenden Stoffes im Endometrium lässt sich jedoch entgegenwirken durch Herabsetzung des Blutdruckes und Unterdrückung der Hyperaktivität des Endometriums. Also therapeutisch: allgemeine Blutdruckverminderung und lokal Ätzungen mit reinem Azeton oder 16%iger Formaldehydlösung.)

120. Terhola, L., Über Blutveränderungen während der Geburt, Laktationsperiode und der ersten Menses post partum. Arch. f. Gyn. Bd. 103. Heft 1. p. 115—216. (Mit 9 Tafeln.)

121. Trebing, J., Erystyptikum „Roche" bei Blutungen der weiblichen Genitalorgane. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 14. p. 554. (Eine Verbindung von Extr. Hydrastis, Hydrastininum synth. und Sekakornin. Günstige Wirkungen. Dosierung: dreimal täglich 30 Tropfen oder in fester Form viermal ein Messglas.)

122. Walker, F. E., The induced climacteric. Journal-Lancet. Nr. 7. p. 181—183. (Wird an anderer Stelle referiert.)

123. Walther, H., Hydrastopon, ein neues Antidysmenorrhoikum. Med. Klinik. Nr. 20. p. 850—852. (Kombination von Papaverin. hydrochloric. „Roche" mit Hydrastin. synth. „Roche". Sehr günstige Erfahrungen, besonders in Fällen mit Neigung zu starker Blutung und schmerzhaften Koliken zu Beginn der Menses. Der kombinierte Effekt soll bestehen in einer deutlich vasokonstriktorischen Wirkung des Hydrastins auf die Blutgefässe des Uterus und einer krampfstillenden des Papaverins auf die Uterusmuskulatur. — 14 eigene Fälle; davon in 10 gute Wirkung.)

124. Wassilieff, R., De l'influence des études supérieures sur la menstruation. Diss. in. Genève. 1913.

125. Whitehouse, H. Beckwith, Menstrual pain. Universal med. rec. 1913. Vol. 4. p. 383. (Dysmenorrhoe ist keine Krankheit, sondern nur ein Symptom. Die ovarielle, uterine und nervöse Ätiologie soll unterschieden werden. Gerade bei den schweren Formen liegt die Ursache häufig in Erkrankungen eines Ovarium. An vier Fällen aus eigener Praxis wird dies vom Verf. gezeigt. Therapie.)

126. — — The physiology and pathology of uterine haemorrhage. The Lancet. Nr. 4726. March 28. p. 855—877. (Mit 12 Mikrophotogrammen auf 1 Tafel.) (Ref. im Kapitel „Pathologie des Uterus".)

127. Worontysch, N., Zur Frage der menstruellen Schilddrüsenvergrösserung. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 26. (Wiederholte Messungen an 53 Frauen in der Zeit der Menstruation. Zahlenmässig nachweisbare Schwankungen zur Zeit der Menstruation wurden nur in geringer Zahl beobachtet. Dabei ist es nicht sicher, sondern nur wahrscheinlich, dass die Volumvergrösserung wirklich durch die Menstruation bedingt ist. Die bisherigen gegenteiligen Annahmen sind nicht genügend begründet.)

Zur **Physiologie der Menstruation** sei auf die Untersuchungen über den **Zusammenhang von Menstruation und Corpus luteum** hingewiesen. Auf diesem Gebiete sind Arbeiten erschienen von Halban und Köhler (49), Marcotty (77), R. Meyer (81), Miller (82) und Ruge II (99), alle im Archiv für Gynäkologie. Schnock (105) hat einen Fall von Schwangerschaft bei primärer Amenorrhoe als Thema einer Dissertation benutzt. Boldt (14) berichtet über eine Schwangerschaft nach Einsetzen der Menopause. Ein Fall von besonderer Fertilität, kombiniert mit konstanten Blutungen, wurde von Berger (9) beobachtet und aus der Annahme einer kontinuierlichen Ovulation erklärt. Bandler (5) bespricht den Zusammenhang zwischen Ovar, Schilddrüse und Menstruation.

Zur Bestätigung der Lehre von der **rhythmischen Wellenbewegung im Organismus des Weibes** hat King (65) die periodischen kardiovaskularen und Temperaturveränderungen studiert. Worontysch (127) versuchte an 53 Frauen durch wiederholte Messungen zur Zeit der Menstruation eine **Vergrösserung der Schilddrüse** festzustellen, konnte diese aber nur in wenigen Fällen nachweisen. Gumprich (47) gelang es nicht, eine mit der Menses in Beziehung stehende Veränderung in der Zahl der Erythrocyten und Leukocyten im Blute der Frau in Form einer Wellenlinie aufzufinden.

Auch Davidowitsch (19; Dissertation), Nessmelowa (86), Terhola (120) u. a. haben die **Blutveränderungen während der Menstruation** studiert. Friedrich (35) bestimmte den Lipoidgehalt des Blutes bei Amenorrhoe und Phthise. Stolper (117) beschäftigte sich mit dem Blutdruck während der Menstruation. Untersuchungen nach dem Einfluss der Menstruation auf dem Blutzuckergehalt stammen von Kahler (59). — Hoffmann (54)

konnte feststellen, dass während der Menses die Toleranz gegen Galaktose erhöht ist, welche Toleranzerhöhung sich auch auf andere Zuckerarten zu erstrecken scheint.

Kjaergaard (66) und Schottländer (106) publizieren Erfahrungen mit der **Reaktion nach Abderhalden** während der Periode. Ersterer fand im prämenstruellen Stadium konstant eine Steigerung des Abbauvermögens gegenüber Plazentargewebe, die zuweilen so stark war, dass sie den niedrigsten Grenzwert des Gravidenserums erreichte oder übertraf.

Die **physiologischen Vorgänge in der Schleimhaut** bei der Absonderung des Menstrualblutes im Uterus, besonders die Ursache der herabgesetzten Gerinnungsfähigkeit dieses Blutes haben Blair Bell (13), Goffe (42), Seitz (111) und Sturmdorff (119) studiert. Erstere beide Autoren glauben das Fehlen eines Fermentes, letzterer das Vorhandensein eines Antifermentes annehmen zu müssen und dafür vitale Prozesse im Endometrium verantwortlich machen zu können.

Driessen (23), Schröder (107), Whitehouse (126) u. a. haben die **histologischen Veränderungen** der Uterusschleimhaut um die Zeit der Menstruation erforscht und suchen die gefundenen Bilder den physiologischen und klinischen Erscheinungen des Menstruationszyklus anzupassen.

Über das **Alter,** in dem **die Periode zum ersten Male** in Erscheinung zu treten pflegt, hat Gibert (39) statistische Untersuchungen angestellt und diese in seiner französischen Dissertation bearbeitet. Fälle von **Menstruatio praecox** werden von Fonareff (34), Mapes (76), Münzer (85) und Sokoloff (115) publiziert. Münzer hat sich besonders für die psychische Entwicklung seiner kleinen Patientin interessiert.

Dieulafé (21) und Kamann (62) beschreiben Fälle von **Hämatometra** infolge Atresie und Fehlen der Scheide.

Wahrscheinlich mit der **Pubertät** im Zusammenhange steht der von Anton (2) beobachtete Fall von einer familiären Dysostose, beginnend in der Geschlechtsreife.

Zur Behandlung der **Pubertätsblutungen** werden ausser Kalciumchlorid (von Coe; 16), hauptsächlich Organpräparate empfohlen. Hypophysenextrakte von Deutsch (20) und Hofstätter (55), Corpus luteum-Substanzen von Landsberg (71) und Seitz (111).

Über die **Begleiterscheinungen der Menopause** haben Badwin (3), Bassani (6), Walker (122) u. A. Arbeiten publiziert. Maresch (78) teilt einen Fall mit von hochgradiger seniler Involution des weiblichen Genitales mit vollständiger Obliteration des Uterus und der Vagina. v. Graff (45) lehnt die Behauptung des häufigeren Auftretens von Strumen im Klimakterium als unbewiesen ab.

Zur **Behandlung der klimakterischen Ausfallserscheinungen** werden u. a. von Benthin (7), Kalledey (61) und Kraus (69; Dissertation) Eierstockpräparate empfohlen. Die Strahlenbehandlung hat in der Therapie der klimakterischen Blutungen ihre grössten Erfolge zu verzeichnen. Diesbezügliche Arbeiten sind im Kapitel „Strahlentherapie der Myome" in grosser Zahl erwähnt. Hier sei nur auf die Publikationen von Sielmann (112) und Hernamann-Johnson (52) hingewiesen. — Gerstenberg (38) sah gute Erfolge von Ätzungen mit konzentriertem Formalin, Pickel (93) vom Erystypticum „Roche".

Meno- und Metrorrhagien können sowohl ihre essentielle, organische, in- oder ausserhalb des Uterus gelegene Ursache haben, wie auch durch **funktionelle Faktoren** bedingt sein. Erstere werden im Kapitel „Pathologie des Uterus" unter 3. b) „Metropathien, Endometritis" eingehend gewürdigt. Zur Kenntnis der letzteren liefern die Untersuchungen von Goffe (42), Schickele (102), Seitz (111), Sturmdorff (119) u. a. neue Beiträge.

Figueroa (31) und Mac Farlane (75) haben Methoden angegeben, die **Stärke des Blutverlustes** in Kurven graphisch darzustellen.

Als Mittel, den übermässigen Blutverlust bei der Menstruation einzuschränken, werden die verschiedensten Verfahren und **Medikamente** empfohlen. Abel (1) und Kaldori (60) haben gute Erfolge von Uteramin-Zyma gesehen, Benthin (7), Goffe (42), Schickele (103) u. a. von Eierstockpräparaten, Birnbaum (10 u. 11) von Inhibin und Valamin, Ekstein (27) und Schattauer (101) von Styptase, Feldmann (30), Pickel (93) und Trebing (121) vom Erystypticum „Roche", Focke (33) von Digitalis, Hernaman-Johnson (52) u. a. von der Strahlentherapie, Kaminskaja (63) vom Extractum polygoni hydropiperis, Pick (92) von Styptol, Landsberg (71) und Seitz (111) von Corpus luteum-Extrakte, Sturmdorf (119) von Azeton- und Formaldehydätzungen.

Nach Whitehouse (125) ist die **Dysmenorrhoe** keine Krankheit, sondern nur ein Symptom. Die ovarielle, uterine und nervöse **Ätiologie** soll unterschieden werden. Nach Bandler (5), Dalché (18) und Siredey u. Lemaire (113) scheint jedoch auch die Schilddrüse in vielen Fällen eine wichtige Rolle bei der Entstehung dieser Anomalie zu spielen.

Therapeutisch wird demnach von diesen Autoren die Darreichung von Schilddrüsenpräparaten, ev. in Kombination mit Ovarialpräparaten empfohlen.

Döderlein (22) unterscheidet eine anatomisch-neurotische und eine psychoneurotische Form der Dysmenorrhoe und richtet danach die Behandlung ein.

Mosher (84) weist auf das Vorkommen einer kongestiven Dysmenorrhoe infolge Zirkulationsstörungen im Abdomen und im Becken hin und rät therapeutisch in diesen Fällen zu Atemübungen in Rückenlage, um den Abfluss des Blutes nach dem Herzen zu begünstigen. Stolper (117) erkennt eine ähnliche Ätiologie an. Auch Siredey und Lemaire (113) heben die gute Wirkung solcher Medikamente, die auf den Blutumlauf günstig wirken, hervor. Nach denselben Autoren wird in der Zeit des aktiven Geschlechtslebens die Dysmenorrhoe oft günstig durch eine Ovariotomie beeinflusst. Bei der Dysmenorrhoe der Pubertät sind allgemein-hygienische Massnahmen und ev. Organtherapie indiziert. **Nasenaffektionen,** insbesondere Hypertrophie der unteren Muskeln erfordern nasale Behandlung. Auch Brettauer (15) und E. Mayer (80) legen Wert auf die Nasenuntersuchung, ev. Behandlung bei dysmenorrhoischen Beschwerden.

Die Zahl der **gegen Dysmenorrhoe empfohlenen Mittel** ist überhaupt legion. Zur Organtherapie sind an erster Stelle die Ovarienpräparate von Wichtigkeit, die ausser von den schon obengenannten Autoren von Benthin (7), Girol (40), Kalledey (61), Seitz (111) u. a. empfohlen werden. Girol (40) hält für die Behandlung der Dysmenorrhoe bei sklero-zystischen Veränderungen des Eierstocks die Verabreichung eines Extraktes aus Ovarien von Frauen mit Uterusmyomen besonders heilsam.

Birnbaum (11) lobt das Valamin, Falk (28) das Phenoval, Streit (118) das Ketamen Cefag. Stolper (117) hält für viele Fälle Atropin indiziert, Hüssy (58) und Walther (123) empfehlen Hydrastopon „Roche". — Gohl (43), Hernaman-Johnson (52), Sielmann (112) und viele andere (cf. das Kapitel „Strahlentherapie der Myome") hatten mit Röntgenbestrahlung gute Erfolge. In manchen Fällen von infantil entwickeltem Uterus oder angeborene oder erworbene Enge des Zervikalkanals scheint die Anwendung des Intrauterinpessars, unter Einhaltung aller Vorsichtsmassregeln, empfehlenswert. Goenner (41), Hall (50) und Petit-Dutaillis (91) haben Erfahrungen an einer grossen Anzahl Fällen und berichten gutes. Holden (56) verzeichnete in 34 von 40 Fällen mit der Operation nach Dudley-Reynolds gute Resultate.

Die Therapie der **Amenorrhoe** beruht im wesentlichen auf denselben Prinzipien. Auch hier wird bei in der Entwicklung zurückgebliebenem Uterus der Intrauterinstift empfohlen: Goenner (41), Hall (50), Martin (79), Rieck (96), u. a. Von der Organtherapie mit Eierstockpräparaten wird von Benthin (7), Kalledey (61), Ohrenstein (87), Seitz (111), mit Hypophysenextrakt von Kosminski (68) gutes berichtet.

Zu der Erscheinung der **vikariierenden** bzw. **komplementären Menstruation** gehören die von Golloway-Roswell (44; Blutung aus Ulcera an den Beinen), Hirschberg (53; Blutabsonderung aus den Brüsten), Holländer (57; Pseudomenstruatio postoperativa), Landeker (70), Leuret (73), Patton (90; Nasenblutung) und Schnock (105; nasale Menstruation) beschriebenen Fälle.

Wichtig ist die Frage des **Zusammenhanges von Menstruation und Geistesleben,** die in diesem Jahre in Anton (2), Flinker (32), Häffner (48), Hasche-Klünder (51), Katahira (64), König (67), Münzer (85) und Passow (89) Bearbeiter fand.

Auch der **Einfluss anderweitiger Erkrankungen auf die Menstruation** hat viele Untersucher zu Publikationen veranlasst. Über den Zusammenhang zwischen Halsinfektion und Menstruation schrieb Berchmann (8; Dissertation), über Hämophilie bei Frauen Czyborra (17), über Menstruation bei Morbus Basedowii Dunn (25; Dissertation), v. Graff und Novak (46), über das Verhalten der Menstruation bei Tuberkulose Friedrich (35), Revillet (94), Schiffmann (104) und Spencer (116), bei Herzfehlern Monheim (83; Dissertation), nach gynäkologischen Operationen Rosenblatt (97; Dissertation) und Schäffer (100; Dissertation). Lerner (72; Dissertation) und Schickele (102) haben allgemeine Arbeiten verfasst über die inneren Erkrankungen in ihrer Beziehung zur Menstruation. Schwarz (110) beschreibt die sog. nervöse Pollakiurie bei Frauen. Wassilieff (124) legte in einer Schweizer Dissertation seine (ihre?) Ansichten über den Einfluss des höheren Studiums auf die Menstruation nieder.

IX.

Ligamente und Tuben.

Referent: Prof. Dr. J. Veit (i. V.)

a) Vordere Bauchwand, Hernien.

1. Barr, A. S., Ein Fall einer rechtsseitigen Inguinalhernie des Ovariums und der Tube. Journ. Amer. med. Assoc. Bd. 62. p. 451. (Operationsbefund.)
2. Boldt, H. J., Large abdominal Wall abscess of unknown origin. Tr. New York Acad. of Med. Sect. of Obst. and Gyn. April 21. Amer. Journ. of Obst. Vol. 70. p. 209. (Abszess von 100 ccm Eiter mit hämolytischen Streptokokken, Ursache unklar. Heilung.)
3. Grisson, Bauchdeckenplastik. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 128. p. 377. (Spaltung der Narbe, Versenkung des inneren Randes nach innen, Naht des äusseren Aponeuroserandes.)
4. Haverkamp, R., Die Hernia epigastrica. Inaug.-Diss. München.
5. Jeans, F., Desmoid tumours of the abdominal wall. Liverpool med. chir. Journ. p. 105. (Nichts Neues, frühe Operation empfohlen.)
6. Imbert, L., et D. Zwirn, Hernies de la ligne blanche sous-ombilicale consécutives â la laparotomie. Arch. mens. d'obst. et de gyn. p. 476. (Drei Fälle.)
7. Keyes, A. B., Abdominal wall Hernia — Observations in the principles and Behavior. Amer. Journ. of Obst. Vol. 70. p. 421. (Nichts Neues.)
8. Landmann, Über die Radikaloperation der umbilikalen, subumbilikalen, epigastrischen und postoperativen Hernien der Linea alba nach Menge. Wiener klin. Rundschau. Nr. 31. (58 Operationen, 36 Nachuntersuchungen, vortreffliche Erfolge.)
9. Lexer, Teratom der Bauchdecken. Sitzungsber. d. naturw.-med. Ges. zu Jena. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 31.
10. Kaarsberg, Tumor parietis abdominis actinomycosis. Demonstr. Ges. f. Gyn. u. Obst. Kopenhagen. 8. April. Ref. Ugeskr. f. Laeger. p. 1917—1919. (O. Horn.)
11. Lejars, F., Tumeur de la paroi abdominale antérieure ou tumeur adhérente à la paroi? Sem. méd. p. 148. (Nichts Neues.)
12. Luksch, F., Lipom der vorderen Bauchwand. Sitzungsber. Ver. deutsch. Ärzte in Prag. Prager med. Wochenschr. Nr. 6. (Tumor von der Grösse eines Brotlaibes bestand seit 20 Jahren, hatte Kalkschale.)
13. Monti, R., Gangrän eines Meckelschen Divertikels infolge Volvulus. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. Wien. Sitzungsber. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 27.
14. Manenbacher, J., Über Faszientumoren. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 88. (Bericht enthält u. a. auch Tumoren, die von der Faszie des Abdominalaustritts ausgehen.)
15. Moschcowitz, A., The pathogenesis and treatment of herniae of the Linea alba. Surg., Gyn. and Obst. p. 504. (Faszienlücken, in die sich Fett drängt, bedingen die Hernien der Linea alba. Gefässunterbindung, Fettreposition, Fasziennaht.)
16. Murphy, J. B., Desmoid tumour of the rectus muscle. Surg. clin. of J. B. Murphy. 1913. p. 383. (Ein Fall derart.)
17. Prochownick, Das Mengesche Heilverfahren postoperativer Bauchbrüche. Monatsschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 357. (Warme Empfehlung der Methode auf Grund von 14 Operationen.)
18. Smead, L. F., Plastische Methoden zum Verschluss von Ventralhernien. Amer. Journ. of Obst. Nov. 1913. (Übersicht. Sorgfältige Naht in drei Schichten empfohlen.)
19. *Sprengel, Ursache und Behandlung der postoperativen Bauchbrüche. Deutsche Ges. f. Chir. 43. Kongr. I. p. 15. II. p. 44.
20. Vesco, Zur Reduktion des Bauchdeckenfettes. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 5.
21. *Wrznesniowski, Die Überlappung der Bauchwand bei Operationen von Brüchen. 43. Kongr. d. Deutsch. Ges. f. Chir. II. p. 803.

Die Schlusssätze, zu denen Sprengel (19) in seinem vortrefflichen Referate kommt, sind folgende:

Die Gefahr der Entwicklung postoperativer Bauchbrüche ist zwar von der Schnittmethode abhängig; sie ist aber in der Oberbauchgegend geringer als im Unterbauch. Die Frage der Tamponade und des primären Nahtverschlusses bei der Operation akut entzündlicher Prozesse kann noch nicht als abgeschlossen gelten. Eine prophylaktische Bauchdeckenplastik ist nicht hinlänglich begründet.

Fälle von Bauchdeckenlähmung und ausgedehnter seitlicher Bauchdeckendehnung müssen zurzeit als unheilbar gelten. Der operative Verschluss postoperativer Bauchbrüche sollte sich im Rahmen der Schicht- und Raffnaht bewegen, also mehr als bisher an die Verstärkungsplastik denken. Für freie Autoplastik kommt die Faszientransplantation vor allem in Frage. Die Muskelbrückenautoplastik (Pfannenstiel-Menge) kommt auch mitunter in Frage.

v. Wrzesniowski (21) empfiehlt zur Heilung der Bauchbrüche die Anwendung des Grundsatzes der Überlappung. Die Bruchpforte wird dadurch geschlossen, dass die zwei durch medianen Längsschnitt getrennten Bauchwandhälften so übergelappt werden, dass selbst auf dem grössten Durchmesser der Bruchpforte die inneren Teile der Rekti aufeinander genäht werden. Nach diesem Grundsatz sollen alle Brüche geschlossen werden.

b) Hämatocele.

1. Chavannaz et Loubat, Hématocèle sous-péritonéale dévoloppée dans l'épaisseur du ligament large. Soc. d'obst. et de gyn. III. p. 428. (Unklare Ätiologie. Menstruationsverhältnisse unsicher. Mikroskopische Untersuchung negativ. Operation. Heilung.)
2. Cherry, Th. A., Externat Rupturs of broad Ligament Haematome. Tr. New York Acad. of Med. Sect. of Obst. and Gyn. April 21. Amer. Journ. of Obst. Vol. 70. p. 203. (Schwere Verletzung bei der Geburt ist wohl die richtigere Deutung.
3. Lecène, P., et R. Taitz, Hématocèle rétro-utérine par rupture d'un kyste de corps jaune. Ann. de gyn. II Sér. Tome 11. p. 270. (Ein operierter Fall. Histologisch wurde das Corpus luteum genau untersucht und damit eine Ovarialschwangerschaft ausgeschlossen. Literatur wird zusammengestellt.)
4. Pétel, L'occlusion intestinale dans l'hématocèle rétroutérine. Soc. de chir. de Paris. Tome 40. p. 264. (Ein Fall derart. Operation. Heilung.)

c) Adnexe im allgemeinen, Lig. latum und rotundum.

1. *Burdsinsky, Die chirurgische Behandlung entzündlicher Adnexerkrankungen. Russ. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 29. p. 747.
2. Balaschoff, Ein Fall von Lipom des breiten Mutterbandes in Kombination mit Fibrom des Eierstockes. Festschr. f. Pobsdinsky, Moskau. (52 Jahre alte Patientin. Sehr grosser Tumor. Ausschälung, Heilung.)

2a. Calderini, Tumore cistico degli annessi uterini a sviluppo intraligamentoso. Lucina. p. 54. (Operation, Heilung.)

3. Cummings, An analytical study of 200 cases of pelvic inflammatory disease. Phys. and Surg. Vol. 35. p. 337. 1913 und Amer. Journ. of Obst. Vol. 69. p. 44. (Statistik. Konservative Therapie.)
4. Daniel, Les annexites herniaires. Journ. de chir. de Bucarest. I. p. 8. (Vom chirurgischen Standpunkt aus.)

5. Fiolle, J., et P. Fiolle, Les fibroses périmétrorectales. Journ. de chir. Tome 12. p. 575. (Zum Teil handelt es sich um Parametritis posterior, zum Teil wohl um luetische Strikturen des Rektum.)
6. Haeberle, Zur Klinik und Therapie entzündlicher Adnexerkrankungen. Mitt. rh. Ges. f. Geb. u. Gyn. 14. Dez. 1913. Zentralbl. f. Gyn. p. 737. (Statistik.)
7. Ivens, M. H. F., Tuberkulose der Adnexe. Roy. Soc. of Med. Sect. of Obst. and Gyn. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 6.
8. Jacobs, Quelques observations relatives aux suites tardives d'opérations conservatrices des annexes. Soc. belge. 1913. p. 337. (14 Fälle; zweimal nach konservativer Operation mit Redikels nötig.)
9. Kriwsky, L., Zur chirurgischen Behandlung der entzündlichen Adnexerkrankungen. Wratsch. p. 215. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 800. (Konservative Grundsätze. Grosses Material.)
10. Krünitz, K. H. W., Entzündliche Adnexerkrankungen und ihre Behandlung. Inaug.-Diss. Jena. (Konservativ; wenn operativ, Laparotomie bevorzugt.)
11. Lingen, L. v., Pelvioperitonitis exsudativa. St. Petersb. med. Zeitg. Bd. 39. p. 73. (74 Fälle. Inzision des Douglasschen Raumes wird angewendet.)
12. *Ogórek, Spontanabtrennungen der weiblichen Adnexe. Arch. f. Gyn. Bd. 102. p, 300.
13. Paul, Lumbare Adnexitis puerperalen Ursprungs. Revue mens. de gyn. et d'obst. 1913. Oct. (Ein Fall.)
14. *Poutoppidau, E., Gonorroiske Genitallidelser hos kvinden. (Gonorrhoische Genitalerkrankungen beim Weibe. Vortrag in der Med. Ges. Kopenhagen. 20. Jan. Ref. Ugeskr. f. Laeger. p. 377—384. Disk.: Stürup, Hartmann, Ernst, Kaasrberg, Vermehren, L. Meyer. Ref. Hospitaltid. p. 440, 477, 502, 506, 537, 538. (O. Horn.)
15. *Rosenblatt, Über den Einfluss von Operationen im Bereiche der Adnexe auf den Verlauf der Menstruation. Diss. Strassburg.
16. Santoro, G., Un caso di ernia annessiale strozzata. Arch. ital. di gin. 17. p. 72. (15 Jahre alte Patientin. Leistenhernie.)
17. Schmidt, H., Über Heilung entzündlicher Beckentumoren mittelst galvanischer Schwachströme. Therap. Monatsh. p. 465. Therap. d. Gegenw. 12. (Verf. glaubt, dass schwache galvanische Ströme bei sarkomatösen, karzinomatösen und entzündlichen Tumoren so wirken wie Röntgen-, Mesothorium- und Radiumstrahlen. Beweismaterial ist aber völlig ungenügend.)
18. Unterberger, F. jun., Myomata uteri mit Tuberkulose der Adnexe und des Peritoneums. Nordostdeutsche Ges. f. Gyn. Sitzg. vom 29. Nov. 1913. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. Heft 2. p. 255. (Laparotomie, Seltenheit dieser Komplikation, vielleicht schafft die Hyperämie, die durch die Myome erzeugt ist, einen günstigen Boden für die Tuberkelbazillen. In der Mukosa fehlten Tuberkelknoten.)
19. *Walthard, Purpuraähnliches Erythem im Verlauf einer Adnexerkrankung. Zentralbl. f. Geb. u. Gyn. Bd. 75. p. 350.
20. *Werner, Paul, Über gleichzeitiges Vorkommen von Karzinom im Uterus und in den Adnexen. Arch. f. Gyn. Bd. 101. 3. p. 725.

Walthard (19) nimmt in seinem Falle eine direkte Schädigung der Gefässwände infolge von Verbreitung entzündungserregender Substanzen auf dem Blutwege als Ursache des Erythems an.

Nach Operation an den Anhängen trat bei den entzündlichen Tumoren unter den Fällen von Rosenblatt (15) etwa in der Hälfte der Fälle eine Besserung der Menstruation ein. Bei gutartigen Ovarialtumoren war der Erfolg stets gut. Bei Extrauterinschwangerschaft trat keine Änderung ein. Bei Erhaltung nur eines Teiles des Ovariums war die Menstruation meist unverändert.

Die intrauterine Behandlung gonorrhoischer Endometritiden zeigt nach Poutoppidau (14) kaum nachweisbare Bedeutung für die Entstehung von Salpingiten und anderen Adnexkrankheiten, scheint aber auch keinen Vorzug zu haben vor der mehr passiven Behandlung.

In der Diskussion ergab sich folgendes: Mit Gonokokkenvakzine hat Stürup 20 Fälle von Endometritiden behandelt, teilweise mit Salpingitis kompliziert, ohne dass er deutliche Wirkung spüren konnte.

In drei Fällen von Salpingitis wurden während der Vakzinebehandlung lebende Gonokokken im Blute nachgewiesen.

Hartmann schliesst sich Stürup an; er hat 17 vakzinebehandelte Fälle. Die Therapie bietet keine besonderen Unannehmlichkeiten dar, aber auch keine sicheren Vorteile. Als Diagnostikum nicht anwendbar.

Ernst weist auf die bei der Pyosalpinx und besonders bei Pyovarium drohende Gefahr der Perforationsperitonitis hin. Wegen Stumpfexsudat immer Exzision der Tubenecken.

Kaarsberg empfiehlt konservative Behandlung und auch bei operativer Behandlung konservative. Chronische Pyosalpingitiden werden mit Laparotomie behandelt, bei akuten Pyosalpingitiden, von der Vagina erreichbar, Kolpotomie und Drainage.

Gonorrhoische Adnexkrankheiten sollen nach Leop. Meyer solange wie möglich konservativ behandelt werden. Warnt vor kritikloser Anwendung heisser Ausspülungen. Bei Operation immer radikal operieren. Werden nur die Tuben entfernt, dann keilförmige Exzision der Ecken. (O. Horn.)

Ogórek (12), der zwei Fälle von Spontanabtrennung der Tube beschreibt, ist der Meinung, dass dies nur durch Torsion bei freier Beweglichkeit oder durch Abschnürung bei Adhäsionsbildung entsteht.

Werner (20) fand bei 374 operierten Uteruskarzinomen 14 mal auch Karzinom der Adnexe; nur dreimal nimmt er Unabhängigkeit der Tumoren voneinander an. Sechsmal waren die Adnexe, viermal der Uterus sehr wahrscheinlich primär erkrankt.

Burdsinsky (1) will bei entzündlichen Adnexerkrankungen dann operieren, wenn Perforation droht oder schon Fisteln bestehen, wenn konservative Therapie erfolglos ist — allerdings will er sie nur 1—2 (!) Wochen durchführen. Unter den Operationswegen zieht er den abdominalen vor, wenn er radikal operieren will.

d) Tuben.

1. Bell, W. Blair, A new operation procedure for the traitement of suppurative salpingitis in young women. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 18. p. 634. (Beuttners Operation mit Erhaltung eines Ovarium.)
2. Boldt, H. J., A Large Hydrosalpinx which caused an erroneous diagnosis. Tr. New-York. Acad. of Med. Sect. of Obst. and Gyn. April 21. Amer. Journ. of Obst. Vol. 70. p. 210. (Ovarienzyste angenommen.)
3. Bondy, Tumor der Fimbria ovarica. Berl. klin. Wochenschr. p. 1486. (Intrakanalikuläres Adenofibrom, daneben Hydrosalpinx und Fibrom der Tube.)
4. de Bovis, R., Le diagnostic des salpingites tuberculeuses. Revue pr. de méd. et chir. 11. p. 73. (Periodische Volumsveränderung [? Ref.].)
5. Broun, Le Roy, Large hydrosalpinx with infective bladder emptying by catheter prior to operation. Amer. Journ. of Obst. Vol. 69. p. 836. (Verf. kennt die Fälle nicht, in denen trotz Katheterismus vor der Operation die Blase nicht entleert gefunden wird.)
6. *Cary, W. H., Note on determination of patency of Fallopian tubes by the use of collargol and X-ray rhadow. Amer. Journ. of Obst. Vol. 69. p. 462.
7. César, Tumeur épithéliale de la trompe gauche. Soc. anat. de Paris. Tome 89. p. 169. Ann. de gyn. II. Série. Tome 11. p. 306. (42 Jahre alte Frau. Primäres Tubenkarzinom.)
8. *Child, Surgical treatment of pus infections of the tube and ovary. Tr. Amer. Gyn. Soc. Vol. 38. p. 613. Journ. of Obst. and Gyn. Brit. Emp. Vol. 24. Nr. 6.

9. Christian, J. L., and E. L. Sanderson, A new method of anastomosing the ovarian tube or vas deferens. Journ. Amer. med. Assoc. 1913. Vol. 61. p. 2157. (Anastomosenbildung durch Einlegung eines Catgutfadens.)
10. Dicken, A., Study of 50 cases of pyosalpinx. Journ. of Oklahoma State med. Assoc. 6. p. 424. (Meist radikale Operation.)
11. Drutmann, Über einen Fall von primärem Tubenkarzinom mit Übergreifen auf die Uterusschleimhaut. Inaug.-Diss. München 1913.
12. Einsle, W., Ein Fall von vorgeschrittenem Tubenkarzinom mit besonderer Berücksichtigung der Frage der primären Doppelseitigkeit. Inaug.-Diss. München 1913.
13. Eustace, A. B., und R. W. Mc Neally, Ein Fall von strangulierter Tubo-Ovarialhernie bei einem Kind. Journ. Amer. med. Assoc. Vol. 62. p. 772. (Sechs Monate altes Kind. Operation. Heilung.)
14. Helbing, H. H., Pyosalpinx. Nat. ecl. med. Assoc. quart. Vol. 5. p. 327. (Einmal Ureterverletzung bei Operation erfolgreich genäht.)
15. Henkel, Tuberkulöse Pyosalpinx. Münchn. med. Wochenschr. 1913. p. 2862. (Zuerst vaginale Inzision, dann abdominale Radikaloperation.)
16. Haymann, Hämatosalpinx unter den Erscheinungen einer Extrauteringravidität verlaufend. Berl. klin. Wochenschr. 1913. p. 2304. (War doch wohl Extrauteringravidität mit Torsion [Ref.[.)
17. Jacobs, Pyosalpinx. Soc. belge de gyn. et d'obst. Tome 24. p. 336. (Tuberkulöse Pyosalpinx.)
18. Jellet, 2 cases of genital tuberculosis. a) of tubes, uterus and rectum, b) of tubes with carcinosum of ovary. Tr. Royal Acad. of Ireland. Vol. 31. p. 400.
19. Kocks, Hydrosalpinx prolabiert durch Zangenversuch. Zentralbl. f. Gyn. p. 902. (Ein Fall derart.)
20. Lahm, Tubenwinkeladenom. Dresd. Gyn. Ges. 23. April. Zentralbl. f. Gyn. p. 1140 (Epitheliale Wucherungen des tubaren Epithels, in einem zweiten Falle des Serosaepithels.) (J. Veit.)
21. Lipschütz, K., Ein Fall von primärem Tubenkarzinom auf dem Boden alter Tuberkulose. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. Heft 1. (Ein Fall derart mit guter anatomischer Untersuchung. 44 Jahre alte Nullipara.)
22. Lewitzky, Zur Frage des primären Tubenkarzinoms. Russ. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. 1913. Bd. 28. p. 1805. (Zwei Fälle im Alter von 48 resp. 50 Jahren. Reichliche Literatursammlung.)
23. Löhnberg, E., Klinische Erfahrungen über Salpingo-Stomatoplastik. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 41. p. 62. (21 Fälle. Niemals Konzeption hinterher beobachtet. Indiziert ist die Operation bei Zeugungsfähigkeit des Mannes und Heilung der entzündlichen Prozesse, sowie als Nebenoperation bei Adnexoperationen Jugendlicher.)
24. Marshall, Linksseitige Parovarialzyste, die aus Fallopeanscher Tube, Fimbrin und Mesosalpinx bestehendem Stiel gedreht war. Journ. of Obst. and Gyn. of Brit. Emp. Nr. 3. (Ein Fall derart.)
25. Montanelli, Über die kalten Abszesse der Tube und die papilläre Tuberkulose der Tubenschleimhaut. Ginec. Vol. 9. Heft 22. (Zwei Fälle derart. Man soll stets operieren.)
26. Néollier, Contribution à l'étude des pyosalpinx hauts. Thèse de Montpellier. 1913.
27. Orthmann, Ein Tubenembryom der linken Tube. Ges. f. Geb. u. Gyn. Berlin. 27. März. Zentralbl. f. Gyn. 1915. p. 10. (Ein Fall derart. Gut beschrieben.)
28. Outerbridge, G. W., Polypoid chondrofibroma of the Fallopian Tube, associated with subst. pregnancy. Amer. Journ. of Obst. Vol. 70. p. 173. (Kasuistische Mitteilung mit genauer mikroskopischer Untersuchung; alles Wesentliche in der Überschrift enthalten.)
29. Péraire, M., et Jean Boyet, Nouveau procédé pour reconnaître si une appendicite on une salpingite est on n'est pas refroidie. Rev. internat. de méd. et de chir. Tome 25. p. 164. (Azetessigsäure erscheint bei frischen Erkrankungen im Harn.)
30. Schickele, Zur Ätiologie der Pyosalpinx. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 721. (Entstehung durch antikonzeptionelle Scheideneinspritzung.)
31. Schmincke, Abgesackte Pyosalpinx. Münchn. Gyn. Ges. 20. Nov. 1913. Monatsschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 840. (Befund von Lipoidsubstanzen im Inhalt.)
32. Siredey et Lemaire, H., Périmétro-salpingite avec suppuration pelvienne consécutive à la fièon typhoide. Soc. méd. des hôp. 17 Juillet. Presse méd. p. 559. (Nach

Typhus Beckenabszess, der schliesslich nur durch die Exstirpation des Uterus und die Adnexe geheilt wurde. Typhusbazillen in dem Uterus nachgewiesen.) (J. Veit.)
33. Spencer, Zwei Fälle von tuberkulöser Peritonitis und Salpingitis mit menstruellen Komplikationen. Brit. med. Journ. 10. Jan. (Operation, Heilung.)
34. Thaler, Atresie der linken Tube. Geb.-gyn. Ges. Wien. 10. Febr. Zentralbl. f. Gyn. p. 1031. (Daneben Uterus bicornis.)
35. Wätjen, J., Über die Histologie der eitrigen Salpingitis und ihre Beziehung zur Frage der Ätiologie. Zieglers Beitr. Bd. 59. 2. (Operationsinfektion, Tuberkulose, Appendix, Gonorrhoe. Bestätigung der Schriddeschen Ansichten.)

Cary (6) will zur Prüfung der Tubendurchgängigkeit 10—20 ccm Kollargol in den Uterus einspritzen. Abnorme Tuben zeigen kurzen oder gar keinen Schatten.

Auch Child (8) will bei Ausbleiben des Erfolges exspektativer Therapie operieren. Ehe er radikal operiert, soll der Eiter aspiriert werden. Bei allen hochsitzenden Erkrankungen, so besonders bei Verdacht auf Mitbeteiligung der Appendix, zieht er den abdominalen Weg vor. Als Inzision benutzt er gern die Pfannenstielsche Art.

X.

Pathologie des Uterus (ausschliesslich Neubildungen und neue Operationen).

Referenten: Privatdozent Dr. F. Heimann und A. J. M. Lamers i. V.

1 Allgemeines.

1. Ambrosi, R., Il caso di Bianca Soci. Una nuova vittoria della teorie del Prof. Bossi nel campo delle psicopatie d'origine génitale. Ginec. moderna. 1913. p. 93—98. (Ergibt sich aus der Überschrift.)
2. Bernard, F., Traitement hydro-minéral des affections utéro-annexielles. Journ. de physiothér. Année 12. Nr. 138. p. 303—313. (Indikationen und Kontraindikationen der Schwefel-, Chlornatrium- und radioaktiven Quellen bei Frauenleiden, sowie balneologische Praktik.)
3. Birnbaum, R., Valamin in der gynäkologischen Praxis. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 21. p. 978—979. (Nach Angabe des Verf. indiziert u. a. bei allen nervösen Verstimmungen und Erregungszuständen, wie sie bei chronischen Katarrhen, Metritis, Retroflexio und besonders im Klimakterium vorkommen. Ferner bei nervöser Dysmenorrhoe.)
4. Carlini, P., Sul moderno indirizzo della ginecologia. Ginec. mod. Nr. 1/2. p. 4—7. (50% aller geistigen Erkrankungen der Frau sind auf Genitalaffektionen zurückzuführen und durch gynäkologische Behandlung heilbar. — Krankengeschichten.)
5. Clark, J. G. and F. E. Keene, The relationship between the urinary-system and diseases of the female pelvic organs. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 18. Nr. 1. p. 10—18.
6. Democh-Maurmeier, I., Hauskuren mit Krankenheiler-Lauge. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 50. p. 2370—2371. (Gute Erfahrungen an 15 Patientinnen mit Kreuz-

schmerzen, Dysmenorrhoe, intermenstruellen Schmerzen, Fluor albus, usw. Die Fälle sind mindestens zwei Jahre kontrolliert. — Ausführliche Krankengeschichten.)
7. Frankl, O., Pathologische Anatomie und Histologie der weiblichen Genitalorgane. Bd. 2 des Liepmannschen kurzgefassten Handbuches der gesamten Frauenheilkunde. Leipzig, Vogl. (302 S., 113 Abb. im Text u. 34 farb. Tafeln.)
8. Gallais, A., Diagnostic anatomo-clinique du syndrome génito-surrénal. Rev. de gyn. Nr. 1. p. 1—28. (Die Genitalveränderungen bestehen im wesentlichen in Atrophien des Uterus und der Ovarien. Die Gesamterscheinungen, als „genitosuprarenales Syndrom" zusammengefasst, werden in folgende Formen unterschieden: 1. Pseudohermaphroditismus suprarenalis; 2. Virilismus suprarenalis; 3. die menstruelle und 4. die geburtshilfliche Form. — Diagnose, Differentialdiagnose und Therapie.)
9. Galup, J., Le retentissement des affections des voies respiratoires inférieures sur l'appareil génital de la femme. La Semaine gyn. 1913. Nr. 45. p. 357—362. Gynécologie, 1913. Nr. 11. p. 654—670. — (Allgemeines über den Zusammenhang von Asthma, Keuchhusten, Bronchitis, Pneumonie und Lungentuberkulose mit Erkrankungen des Geschlechtsapparates.)
10. v. Graff, E., Schilddrüse und Genitale. Arch. f. Gyn. Bd. 102. Nr. 1. p. 109—140.
11. — und J. Novak, Basedow und Genitale. Arch. f. Gyn. Bd. 102. Heft 1. p. 18—39
12. Heineberg, A., Uterine endoscopy: an aid to precision in the diagnosis of intrauterine disease. A preliminary report, with the presentation of a new uteroscope. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 18. Nr. 4. p. 513—515.
13. Héraud et Poirot-Delpech, Les troubles gastro-hépatiques des utérines et les eaux de Luxeuil. Sem. gyn. 1913. Nr. 47. p. 373—374. (Gute Erfolge des fluor- und lithiumhaltigen Wassers.)
14. Hermann, F., Zur Kasuistik der Beziehungen zwischen Gallenblase und dem weiblichen Genitale. Diss. Freiburg i. Br., Juli.
14a. Keiffer, M. H., Existe-t-il une glande myométriale dans l'utérus humain. Soc. royale des Sciences méd. et nat. de Bruxelles. 2 Févr. Ref. La Presse méd. 18 Mars. Nr. 27. p. 215. (Beobachtung an Uterusmuskulatur, die bei sieben Kaiserschnitten gewonnen worden war. Ausserdem wurden Kaninchen, Meerschweinchen, Maus und Ratte untersucht. Keiffer beobachtete besonders im achten Monat der Schwangerschaft Strukturveränderungen der Muskulatur, besonders in der .Plazentargegend. Beträchtliche Zerstörung der glatten Muskulatur, die auch auf die Gefäße in der Nachbarschaft des Uterus übergreift. Ob es sich bei dieser zellulären Einschmelzung um eine endokrine Sekretion oder um eine nephrophagozytäre Funktion handelt, läßt sich zurzeit noch nicht entscheiden.) (Heimann.)
15. Knipe, N. S., The metrascope. Obst. Soc. of Philadelphia. Meeting of April 2. Ref. The Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Vol. 69. Nr. 438. June. p. 1048. (Beschreibung des Apparates; ohne Abbildung.)
16. Maier, M., Untersuchungen über Eisengehalt, Hämoglobin und Blutkörperchenvolumen bei geburtshilflichen und gynäkologischen Patientinnen. Diss. Freiburg i. Br., Juli.
17. Sagretti, Cl., Le terme apollinari nella cura ginecologica. Clin. ostetr. Nr. 6. p. 129 bis 138. (Italienisch.) (Resultate an 43 Patientinnen.)
18. Schockaert, R., Psicopatie di origine genitale. Ginec. mod. 1913. p. 24—37. Rev. mens. de gyn., d'obst. et de péd. 1913. Nr. 6. p. 373—388. (Cf. Kap. „Retroflexio uteri".
19. Schultze, B. S., Gynäkologie und Psychiatrie. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. Heft 2. (Stellt die Forderung auf, dass zum Befunde über das körperliche Befinden der in die Irrenanstalten eintretenden weiblichen Kranken unbedingt die von einem sachverständigen Gynäkologen erhobene, und zwar in Narkose erhobene, Darstellung des Beckenbefundes gehören müsse.)
20. Wild, R., Die Thermopenetration in der Gynäkologie. Diss. Freiburg i. Br., Juli.

Über den **Zusammenhang von Genital- und Nervenleiden** handeln die Arbeiten von Ambrosi (1), Carlini (4), Casali (cf. Kap. „Entwickelungsfehler" Nr. 11), Schockaert (18) und Schultze (19). Nach Carlini sind $50^0/_0$ aller geistigen Erkrankungen der Frau auf Genitalaffektionen zurückzuführen und durch gynäkologische Behandlung heilbar. Auch Schokaert teilt 4 solche Fälle aus der eigenen Praxis mit. Man siehe zu diesem Thema auch die im Kapitel „Menstruation" erwähnten Arbeiten.

Den **Zusammenhang** von Uterusleiden **mit Erkrankungen des Harnapparates** haben Clark und Keene (5), des **Nebennierensystems** Gallais (8), der **Schilddrüse** v. Graff

und Novak (11), der **Gallenblase** Hermann (14) und des **Respirationsapparates** Galup (9) studiert. Maier (16) hat **Veränderungen des Blutes** bei gynäkologischen Patienten festzustellen versucht.

Zur **uterinen Endoskopie** haben Heineberg (12) und Knipe (15) Instrumente angegeben.

---

2. Entwickelungsfehler.

1. Albrecht, H., Der asthenische Infantilismus des weiblichen Geschlechts und seine Bedeutung für die ärztliche Praxis. Med. Klinik. Nr. 15. p. 628—632. (Wird an anderer Stelle referiert.)
2. Barabo, Th., Über Diabetes insipidus mit Infantilismus. Kasuistischer Beitrag. Diss. München. März.
3. Bäumler, Ch., Über Kombination der Entwicklungshemmung des uropoetischen Systems und solcher des weiblichen Genitale. Diss. München, 1913.
4. Benda, C., Ein Fall von Pseudohermaphroditismus femininus. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 2. p. 66—69. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 17. p. 634. (Ausgeprägte Weiblichkeit der inneren Genitalien, während der Penis nicht die geringste Abnormität zeigt. Verf. schlägt den Namen Pseudarrhenie, Scheinmännlichkeit, vor. Einsprengungen männlicher Drüsenformationen in den Ovarien fanden sich nicht. Starke Hyperplasie der Nebennieren, vielleicht ein Kausalzusammenhang mit der Entstehung genitaler Missbildungen.) (Heimann.)
5. Benthin, W., Myom und Uterus bicornis. Nordostdeutsche Ges. f. Gyn. Sitzg. vom 7. Febr. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 29. p. 1498. (Zwei Fälle derart. Sicherer Zusammenhang nicht erwiesen. Näheres siehe bei „Myome", Nr. 5.)
6. Bertlich, H., Schwangerschaft und Geburtsstörungen bei Missbildung des Uterus, speziell bei Uterus bicornis. Wiener klin. Rundschau. Nr. 21. p. 303—307. (Verf. beschreibt fünf Fälle von Uterus bicornis und bearbeitet sie mit 60 solchen aus der Literatur seit 1905, klinisch-statistisch. Besprechung der Diagnose und Therapie.)
7. Blair Bell, W., An unusual malformation of the uterus. North of Engl. Obst. and Gyn. Soc. Meeting in Manchester. Dec. 19. 1913. Ref. The Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 25. Nr. 1. p. 49. (Der Uterus selbst ist in jeder Beziehung von normaler Form. Das kleine Horn entspringt von der linken oberen Kante an der Stelle, wo sonst die Tube sitzt. Die linke Tube bildet die Fortsetzung des rudimentären Hornes und das Lig. rotundum und ovaricum inserieren genau an der Übergangsstelle. Die Missbildung muss nach Ansicht des Verf. in der Weise entstanden sein, dass der Teil des Müllerschen Ganges, für die Bildung des Uterus bestimmt — also bis zur Abgangsstelle des Ligamentum rotundum — links grösser gewesen ist wie rechts.)
8. Bonicelli, M. L., Di un caso di atresia congenita della vagina e dell' utero. Gazz. ital. d. levatr. Nr. 6. p. 86—88. (Statt des Uterus ein fingerdicker Strang ohne Kanal, an dem oben die normalen Ovarien sassen. Das 21jährige Mädchen klagte über periodische Schmerzen im Leib.)
9. Buist, R. C., Two cases of pregnancy in uterus subseptus. The Brit. med. Journ. Nr. 2782. p. 907—908. (Beide Frauen hatten schon normal geboren. Der Fundus war ungeteilt.)
10. — and J. M. Valentine, Carcinoma in a double uterus (Uterus septus bicollis with vagina duplex). Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 25. Nr. 2. p. 88—90. (Ergibt sich aus der Überschrift. — 1 Abb. auf 1 Tafel. — Literatur.)
11. Casali, R., Sul trattamento della stenosi del collo uterino col metodo Pozzi e sui rapporti che intercedono fra le malattie utero-ovariche e le nevrosi. Gazz. d. osp. e d. clin. Nr. 25. p. 257—259. (Es wurden zwei Fälle von angeborener und ein Fall von erworbener Cervixstenose mit gutem Erfolg nach Pozzi operiert. Die Hysterie in letzterem Falle wurde durch die Operation nicht gebessert. Verf. glaubt an den Zusammenhang nervöser Erkrankungen mit pathologischen Veränderungen des Uterus und der Ovarien.)
12. Cohn, F., Missbildungen des weiblichen Urogenitalapparates. Gyn. Rundschau. Heft 8. p. 284—298. (Sammelreferat über die Jahre 1911 und 1912.)

13. v. Ernst, R., Vier Fälle von Uterus unicornis mit rudimentärem Nebenhorn. Etude clinique et histologique de 4 cas d'utérus unicornes avec corne accessoire rudimentaire, dont un cas avec rupture de la corne accessoire gravide de 4 mois et demie. Gyn. Helvet. Bd. 14. Frühlingsausgabe. p. 177—187. (Kasuistisch klinische und histologische Studie.)

14. Foisy, E., Un cas d'utérus double avec hématométrie unilatérale et hématosalpinx. Arch. méd.-chir. de Prov. 1913. Déc. (38jährige Frau, die wegen starker periodischer Schmerzanfälle seit 20 Jahren endlich sich operieren liess. Der Uterus musste exstirpiert werden.)

15. Fothergill, W. E., A case of double uterus with right pyocolpos. North of Engl. Obst. and Gyn. Soc. Meeting on Oct. 16. Ref. The Lancet. Nr. 4759. Nov. 14. p. 1148. (Patientin war eine 22jährige Virgina mit normaler Menstruation. Anfallsweise Unterleibsschmerzen von einigen Tagen Dauer und erhöhte Temperatur und Pulsfrequenz. Die Diagnose war auf Adnextumor gestellt worden. Bei der Laparotomie wurde der doppelte Uterus gefunden. Per vaginam wurde die verschlossene rechte Hälfte der Vagina eröffnet und der darin enthaltene Eiter entleert.)

16. v. Franqué, O., Seltene Missbildung der inneren Genitalien. Gyn. Rundschau. Heft 6. p. 199—203. (17jähriges Mädchen, das einen wohlausgebildeten Hymen und ein ca. zweifingergliedlanges Scheidenrudiment besitzt. Links liegt nach aussen am Ovarium eine wohlentwickelte Tube, die dicht neben dem Lig. ovar. propr. in ein etwa kleinfingergliedgrosses Uterusrudiment übergeht, rechts ist dasselbe wie links, nur fehlt das Uterusrudiment. Eingehen auf die Ätiologie.) (Heimann.)

17. Frédault, M., Utérus bicorne avec gravidité unilatérale. Soc. anat. Séance du 12 Juin. Ref. La Presse méd. Nr. 48. p. 462. (Die Operation bestand in der totalen Hysterektomie.) (Heimann.)

18. Fruhinsholz, A., et G. Gross, Opération césarienne dans un cas d'utérus double. Hémi-hystérectomie. Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn. de Paris. Nr. 1. p. 60—66. Ann. de gyn. et d'obst. Nr. 4. p. 230—236. (Wird im Kapitel „Pathologie der Geburt" referiert.)

19. — et L. Job, Opération césarienne dans un cas d'utérus unicorne. Ann. de gyn. et d'obst. Nr. 4. p. 237—241. (Wird im Kapitel „Pathologie der Geburt" referiert.)

20. Grad, H., Fibroid in a double uterus. New York Obst. Soc. Meeting on Oct. 14. 1913. Ref. The Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Vol. 69. Nr. 433. p. 132—134. (Kasuistisch; genaue Beschreibung des Präparates.)

21. Hammerschlag, S., Gravidität im rechten Horn eines Uterus bicornis unicollis. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin. Sitzg. vom 11. Juli 1913. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 13. p. 481. (Siehe „Myom und Schwangerschaft", Nr. 19.)

22. Hausmann, M., Zur Klinik der Doppelmissbildungen des weiblichen Genitale. Diss. München. August.

23. Hénault, L., Grossesse dans la corne rudimentaire de l'utérus bicorne unicol. Journ. Belge de gyn. et d'obst. Nr. 7. p. 507—519. Mit 4 Abb. auf 2 Tafeln. (Wird im Kapitel „Pathologie der Gravidität" referiert.)

24. Herrmann, E., Die klinische Bedeutung der Veränderungen am weiblichen Genitale beim Status hypoplasticus (Bartel). Gyn. Rundschau. Heft 1. p. 14—33. (415 Fälle, die einzeln angeführt und in zwei Tabellen geordnet sind. Die biologische Minderwertigkeit der Keimdrüse bedingt in 56,15% des Status lymphaticus allgemeine Genitalhypoplasie. Infolge der letzteren besteht in 54,45% des Status lymphaticus primäre Sterilität.)

25. v. d. Heyden, P. E. G., Zwangerschap in een rudimentaire Uterushoorn. Ned. Tijdschr. v. Geneesk. II. Helft. Nr. 19. p. 1536—1540. (Holländisch.) (Sektionspräparat. Keine Verbindung zwischen den beiden Uterushöhlen. Im nichtschwangeren wurde deutlich Decidua gefunden. Die Patientin starb, bevor sie operiert werden konnte, unter den Erscheinungen einer geplatzten Extrauteringravidität.)

26. Hicks, J. Braxton, Decidual cast from the unimpregnated horn of a didelphic uterus. Proc. of the Royal Soc. of Med., Obst. and Gyn. Sect. Vol. 7. Nr. 6. p. 221. (Ergibt sich aus der Überschrift.)

26a. Kaarsberg, J., Om Tilfaelde af Deformiteter af Uterus med praktisk Betydning. (Einige Fälle von Missbildung der weiblichen Geschlechtsorgane.) Vortrag in der Ges. f. Gyn. u. Obst. Kopenhagen. 8. April. Vollständig referiert in Nordiskt Med. Arkiv. Abt. 1. Nr. 4. (Auf Deutsch.) 26 Seiten. (O. Horn.)

27. Kerr, J. M. Munro, Operative treatment for malformations of uterus and vagina. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 18. Nr. 5. p. 621—631. (Bei infantilem, fötalem und rudimentärem Uterus ist ein operativer Eingriff nur bei Dysmenorrhoe angezeigt. Bei zervikalen Atresien und tiefem Sitz vaginale Operation, bei höhersitzendem Verschluss und Atresie des ganzen Kanals wird abdominale Operation empfohlen. Bei Doppelbildung soll das Septum entfernt und die Hörner vereinigt werden. Bei vaginaler membranöser Atresie will Verf. von unten operieren; alle breiten Atresien will er von oben angreifen. Die Scheidenbildung aus dem Darm hält er bei verheirateten Frauen für angezeigt.)

28. Krusen, W., Uterus unicornis didelphys. Obst., Soc of Philadelphia. Meeting on Nov. 6. 1913. Ref. The Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Vol. 69. Nr. 4. p. 677. (Beschreibung des Präparates. Auch die rechten Adnexe waren in der Entwicklung zurückgeblieben.)

29. Lange, F. W., Doppelbildungen der Gebärmutter und Scheide, sowie Entbindungen bei solchen. Med. Ges. zu Magdeburg. Sitzg. vom 26. Febr. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 17. p. 962. (Zwei Fälle von völligem Fehlen des Geschlechtsstranges und sechs Fälle von Uterus bicornis et bipartitus, septus etc.

30. Laurent, F., L'utérus bicorne uni-cervical; étude anatomo-clinique. Thèse de Montpellier. 1913. Nr. 23. 53 S. (Behandelt ausser der Entwicklungsgeschichte auch die Symptomatologie, das Verhalten bei Schwangerschaft und Geburt und die eventuelle Behandlung.)

31. Lejars, F., L'utérus ballant. Semaine méd. Nr. 1. p. 3—4. (Zwei Fälle. Ursache liegt in kongenitaler, übermässig langer Anlage des Isthmus uteri. Erfolg der Operation meistens zweifelhaft.)

32. Macnaughton-Jones, H., Note on a case of absence of the internal genitalia. Royal Soc. of Med., Obst. and Gyn. Sect. Meeting on Oct. 9. 1913. Ref. Proceed. of the Royal Soc. of Med. 1913. Vol. 7. Nr. 1. p. 4—5. (27 jährige amenorrhoische Patientin. In Narkose wurde ein erbsengrosser Uterus, ohne Adnexe, gefunden. Periodische pemphigusartige Hauteruptionen.)

33. Marchal, E., Ein Fall von Uterus bicornis unicollis myomatosus gravidus. Diss. Strassburg i. E. 1913. (Enthält Betrachtungen über die Ätiologie des Uterus bicornis.)

34. Marshall, G. Balfour, Case of uterus bicornis bicollis; six months pregnancy right horn, pyometra left horn. The Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 25. Nr. 4. p. 197—200. (Wird im Kapitel „Pathologie der Gravidität" referiert.)

35. Moiraud, P., De l'hématométrie latérale simple sans hématosalpinx ni hématocolpos dans les cas de bifidité utérine. Thèse de Lyon. 1913. Nr. 90. 127 S. Als Original erschienen in Arch. mens. d'obst. et de gyn. Mai. (Kasuistisch.)

36. Moreau, Ch., Pyométrie et pyocolpos dans les cas de duplicité du canal génital. Arch. gén. de chir. 25 Févr. p. 149—161. (In einem selbst beobachteten Falle hatte Verf. mit der abdominalen totalen Hysterektomie vollen Erfolg. Anatomisch-klinisch-therapeutische Betrachtungen daran anknüpfend.)

37. Oberndorfer, S., Demonstration einiger Uterusmissbildungen. Gyn. Ges. in München. Sitzg. vom 18. Juni. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 32. p. 1791. (1. Uterus septus cum vagina septa. 2. Uterus unicornis dexter mit Persistenz der linken Tube. 3. Uterus unicornis dexter mit Persistenz des Fimbrienendes der linken Tube. Fehlen der übrigen Teile des linken Müllerschen Ganges. Besprechung der Häufigkeit der Kombination von Missbildungen im Urogenitalapparat.)

38. Öhmann, K. H., Ein Fall von Uterus bicornis mit ausgetragener Schwangerschaft im rechten Horn. Gyn. Rundschau. 1913. Heft 20. p. 738—742. (Wird im Kapitel „Pathologie der Gravidität" referiert.)

39. Parkes, C. H., A bicornate uterus which contained three pregnancies. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. 63. Nr. 24. p. 2129. (Patientin ist 47 Jahre alt. Drei Geburten und eine Fehlgeburt. Nach der dritten Geburt prolabierte der Uterus. Die Diagnose war leicht. Operation: totale Uterusexstirpation. Genesung.) (Heimann.)

40. Philips, Th. B., Een geval van dubbele baring bij dubbele baarmoeder. (Doppelte Geburt bei Uterus duplex.) Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. I. Helft. Nr. 9. p. 631—635. (Holländisch.) (Wird im Kapitel „Pathologie der Geburt" referiert.)

42. Rosenthal, Trois cas d'utérus bicorne avec une corne rudimentaire. La Sem. gyn. Nr. 49. p. 389—390. (In allen drei Fällen war ein solider Strang die einzige Verbindung zwischen dem ausgebildeten und dem rudimentären Horne. Ebensowenig bestand eine Verbindung mit der zugehörigen Tube. Nur in einem Falle fand sich im rudimen-

tären Horne eine Höhle und waren Zeichen einer stattgehabten Menstruation nachweisbar.)
43. Rosenthal, S., Über die kombinierten Nieren-Uterusmissbildungen. Inaug.-Diss. Heidelberg 1913. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 17. p. 635. (Bei dem untersuchten Präparat handelte es sich um einen Uterus unicornis dexter mit Dystopie des linken Ovariums und linken Tube beim Fehlen der linken und Dystopie der rechten Niere. Die Diagnose bei der 25jährigen Patientin wurde auf rechtsseitigen Ovarialtumor bei Gravidität mens. III gestellt. Die Operation ergab Aufschluss.) (Heimann.)
44. Rössle, R., Uterus bicornis ohne Gangsystem im Rudiment des einen Hornes. Naturwiss.-med. Ges. in Jena. Sitzg. vom 13. Nov. 1913. Ref. Münchn. med. Wochenschr. 1913. Nr. 51. p. 2862. (Ergibt sich aus der Überschrift.)
45. Rouville, G. de, et G. Roux, Utérus bicorne unicervical. Soc. d. sciences méd. Montpellier. Séance du 28 Nov. 1913. Ref. Montpellier méd. 1913. Nr. 51. p. 593 bis 596. (Beschreibung des Präparates.)
46. Sadler, H. F., Familial errors of sexual development. Australas. med. Gaz. 1913. Vol. 34. Nr. 18. p. 407—408. (Familiäres Auftreten von Fehlen der inneren weiblichen Geschlechtsorgane: drei Schwestern ohne Hymen, Uterus und Ovarien.)
47. Schtscherbina, E. G., Zwei Fälle von Schwangerschaft im rudimentären Uterushorne. Journ. akusch. i shensk. bol. Bd. 29. Heft 4. p. 545—556. (Kasuistisch.)
48. Smith, G. R., Uterus duplex cum vagina bipartita. New York. med. Journ. Vol. 99. Nr. 20. p. 989. (Ein Fall von Gravidität in einem Horn. Die nichtgravide Hälfte hatte nicht menstruiert.)
49. Smith, J. Howie, A uterus didelphys both horns of which have been pregnant at different times. Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 25. Nr. 2. p. 84 bis 85. (Die Diagnose war zuerst auf stielgedrehten Ovarialtumor gestellt. 1 Abb.) (Heimann.)
50. v. Stauffenberg, Über Begriff und Einteilung des „Infantilismus". Münchn. med. Wochenschr. Nr. 5. p. 255—257. (Geschichtliche Übersicht.)
51. Stevens, T. G., Caesarean section; labour obstructed by one half of a uterus didelphys. Obst. and Gyn. Sect. of the royal Soc. of Med. Meeting on Febr. 5. Ref. The Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 25. Nr. 3. p. 170. (Wird im Kapitel „Pathologie der Geburt" referiert.)
52. Strümpell, A. v., Demonstration von kindlicher juveniler Fettleibigkeit mit Diabetes insipidus, puerilem Genitalsystem. Med. Ges. zu Leipzig. Sitzg. vom 20. Jan. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 9. p. 504. (16jährige Patientin.)
52a. Tziridis, Georgios S., Pyometra lateralis. Inaug.-Diss. München. März. (Heimann.)
53. Unterberger, jr. F., Uterus duplex subseptus myomatosus. Nordostd. Ges. f. Gyn. Sitzg. vom 20. Juni. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. Heft 2. p. 317. (Heimann.)
54. — Zur Diagnose des rudimentären Nebenhorns des Uterus. Nordostd. Ges. f. Gyn. Sitzg. vom 20. Juni. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. Heft 2. p. 317. (Diagnose ist während der Operation [Descensus und Retroflexio uteri] gestellt. Bei der Colporrhaphia ant. wurde ein Hohlraum eröffnet, der nicht Blase war. Die Sonde führte in eine Uterushöhle, das rechte Horn war rudimentär.) (Heimann.)
55. Zalewski, E., Doppelmissbildungen der weiblichen Genitalsphäre und ihre Folgen für die Geburt. Arch. f. Gyn. Bd. 102. Heft 1. p. 189—199. (Wird im Kapitel „Pathologie der Geburt" referiert.)

Vorwiegend Kasuistik. Viele Fälle mit Schwangerschaft kompliziert.

Atresia uteri congenita: Bonicelli (8), Casali (11).

Fehlen, resp. **rudimentäre Entwicklung des Uterus**: v. Franqué (16) (geht besonders auf die Ätiologie ein), Lange (29), Macnaughton Jones (32), Sadler (46) (familiäres Auftreten).

Uterus bicornis unicollis: Benthin (5; mit Myom), Bertlich (6) (5 Fälle, kombiniert mit Schwangerschaft), Blair Bell (7), Frédault (17) (mit Schwangerschaft), Hammerschlag (21) (mit Schwangerschaft), Hénault (23) (mit Schwangerschaft), v. d. Heyden (25) (mit Schwangerschaft), Lange (29), Laurent (30) (Dissertation), Marchal (33) (Dissertation über einen Fall kombiniert mit Schwangerschaft und Myome), Marshall (34); mit Schwangerschaft), Oehmann (38) (mit Schwangerschaft), v. Ernst (13) (4 Fälle, davon einen mit Schwangerschaft kombiniert), Rosenthal (42; 3 Fälle), Rössle (44), de Rou-

ville und Roux (45), Schtscherbina (47; 2 Fälle, beide mit Schwangerschaft), Unterberger (53).

Uterus duplex, resp. **didelphis**: Foisy (14), Fothergill (15), Fruhinsholz und Gross (18), Grad (20), Hausmann (22; Dissertation), Hicks (26; mit Schwangerschaft), Krusen (28), Moiraud (35; Hämatometra), Moreau (36; Pyometra), Philips (40; gleichzeitige ausgetragene Schwangerschaft in beiden Uteris), G. R. Smith (48; mit Schwangerschaft), J. H. Smith (49; beide Uteris nacheinander schwanger), Stevens (51) (der eine Uterus bildete ein Geburtshindernis).

Uterus infantilis, resp. **Hypoplasie des Uterus**: Albrecht (1; der asthenische Infantilismus), Barabo (2; bei Diabetes insipidus), Bäumler (3; kombinierte Entwicklungshemmung des Urogenitalsystems), Herrmann (24; Status hypoplasticus Bartel), Schiffmann (cf. Kap. „Tuberkulose und Syphilis" Nr. 24), v. Stauffenberg (50), v. Strümpell (52) (bei juveniler Fettleibigkeit und Diabetes insipidus).

Uterus septus, resp. **subseptus**: Buist (9; 2 Fälle, mit Schwangerschaft), Oberndorfer (37) Unterberger, (53) (mit Myom).

Uterus septus bicollis: Buist und Valentine (10; mit Karzinom).

Uterus unicornis: Fruhinsholz und Job (19; Kaiserschnitt), Oberndorfer (37), Rosenthal (43; Dissertation).

Übermässig langer Anlage des Isthmus uteri: Leyars (31; 2 Fälle).

Die **Indikationen zur operativen Behandlung** der Uterusmissbildungen hat Kerr (27) in einer grösseren Arbeit zusammengestellt.

Anhang: Sterilität.

1. Alexandresco, De la nécessité de l'intégrité de la muqueuse utérine au point de vue de l'évolution normale de la gestation. Thèse de Paris. 1913. Nr. 385. 112 S.
2. Ford, W. M., Sterility in Women. Sect. of Gyn. and Obst. of the Med. Soc. New York. Meeting on April 28. Ref. Amer. Journ. of Obst. a. Dis. of Wom. a. Childr. Vol. 70. p. 80. (Verf. hat von der Pozzischen Operation zuweilen sehr günstige Resultate gesehen.) (Heimann.)
3. Gellhorn, G., Chemical factors as a cause of sterility in the female. Journ. of the Missouri State med. Assoc. 1913. Vol. 10. Nr. 5. p. 159—161. (Änderung der Alkaleszenz des Zervikalsekrets kann eventuell Ursache der Sterilität sein.)
4. Goenner, A., Zur Frage der Intrauterinstifte. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 42. p. 1326. (Empfehlung derselben bei Sterilität infolge mangelhafter Entwicklung des Uterus. Angabe eines solchen Instruments.)
5. Haren, C., Über Erfolge der operativen Therapie bei Sterilitas matrimonii. Diss. Freiburg i. Br. Mai.
6. Herrmann, E., Die klinische Bedeutung der Veränderungen am weiblichen Genitale beim Status hypoplasticus (Bartel). Gyn. Rundschau. Nr. 1. p. 14—33. (Der Arbeit liegen 415 Fälle zugrunde. 56,15% zeigten Zurückbleiben in der Entwicklung des ganzen Genitalapparats; 54% waren primär steril. Ausführliche Krankengeschichten, Sektionsbefunde, Menstruationsberichte in Tabellenform.)
7. Holden, F. C., The treatment of sterility by the Dudley-Reynolds operation. The Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. 1913. Vol. 68. Nr. 6. p. 1064 bis 1072. (25% der verheirateten Frauen wurden nach der Operation gravid. Für die Technik siehe das Kapitel „Gynäkologische Operationslehre").
8. Laurence, J., La sterilité chez la femme et son traitement. Journ. d. pract. Janv. p. 57. (Gegen die Aplasie des Uterus empfiehlt Verf. die langsame, progressive und wiederholte Dilatation; gegen die Stenose mit Anteflexion dieselbe Behandlung in Verbindung, wenn angebracht, mit der Stomatoplasie. Die künstliche Befruchtung verwirft er gänzlich.)
9. Opitz, E., Über die Behandlung der weiblichen Unfruchtbarkeit. Therapie d. Gegenw. Heft 1. p. 14—19; Heft 2. p. 63—68. (Allgemeine Übersicht.)
10. Robitschek, M., Pessarklappen-Autoflex. Zwei neue elastische Metallpessare pro vagina et pro portione. Klin.-therap. Wochenschr. 1913. Nr. 49. p. 1513—1517.
11. Schumann, E. A., Tracheloplasty, a new operation for the relief of sterility due to stenosis of the cervix uteri. The Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Vol. 70. Nr. 442. p. 604—606. (Wird im Kapitel „Gynäkologische Operationslehre" referiert. Mit 4 Abbildungen.)

3. Entzündliche und funktionelle Erkrankungen des Uterus.

a) Tuberkulose und Syphilis.

1. Baldowsky, W., Zur Lehre von der weiblichen Genitaltuberkulose. Med. Obosr. Nr. 6. p. 523—545. (Russisch.) (Übersicht der russischen Literatur. 68 Fälle. Uterustuberkulose in 19%, isoliert auftretend in 6%. Cervixtuberkulose 15%, isoliert 6%. Mitteilung von drei eigenen Fällen. Die Therapie soll operativ sein und möglichst radikal. Für die Diagnose sind vor allem die Anamnese und das Verhalten der Temperatur wichtig.)
2. di Bartolo, A., La tubercolosi genitale feminile. Rivista osped. 1913. Nr. 13. p. 561 bis 572.
3. Bender, X., Sur un nouveau cas de tuberculose du col de l'utérus. Revue de gyn. et de chir. abdom. Nr. 1. p. 29—32. (Bender hat wie in einem früheren Falle von Tuberkulose des Collum uteri eine Kollumamputation gemacht. Der Erfolg war auch hier sehr gut. Die Heilung vollzog sich glatt. Nach zwei Jahren ist Patientin rezidivfrei. Natürlich können nicht alle Cervixtuberkulosen so behandelt werden, nur bei ganz lokalisierter Tuberkulose kann man so konservativ verfahren. (Heimann.)
4. Croner, W., Über das gleichzeitige Vorkommen von Karzinom und Tuberkulose des Uterus. Inaug.-Diss. Heidelberg 1913. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 15. p. 577. (Zwei Fälle. Verf. hält einen ätiologischen Zusammenhang dieser beiden Erkrankungen für wahrscheinlich.) (Heimann.)
5. Fischer, B., Demonstration eines Falles von Uterustuberkulose mit Pyometra. Ärztl. Verein in Frankfurt a. M. Sitzg. vom 6. April. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 22. p. 1256. (Referat enthält nichts Näheres.)
6. v. Franqué, O., Die Behandlung der weiblichen Genitaltuberkulose. In: Eine Woche Bauchchirurgie. Düsseldorf, Schmitz und Olbertz. p. 73. Preis 7,50 Mk.
7. Goullioud, P. E., Tuberkulose des Uterus. Lyon méd. 1913. Nr. 39. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 15. p. 577. (Zunächst Diagnose auf Karzinom gestellt. Nach Entfernung des Uterus sieht man Schleimhaut und Muskulatur tuberkulös erkrankt.) (Heimann.)
8. Graefe, G., Über Tuberkulose des weiblichen Genitalapparates im Kindesalter. Diss. Halle a. S. Mai. Als Original erschienen i. d. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. Heft 4. p. 448—465. Heft 5. p. 574—589. (Die Genitaltuberkulose wird bei weiblichen Kindern im Verhältnis zu der Häufigkeit der Tuberkulose im Kindesalter überhaupt, relativ selten und auch seltener als bei erwachsenen Frauen gefunden. Am häufigsten im 1. bis 5. und im 10. bis 15. Lebensjahr. Sie wird fast immer neben älteren tuberkulösen Prozessen in anderen Körperteilen angetroffen und siedelt sich meist auf dem Blutwege, am liebsten wie bei den Frauen im Abdominalteil der Tube und im Uterus, meist in beiden gleichzeitig an. Ovarien, Vagina und Vulva werden nur selten ergriffen. Meist breitet sich die Erkrankung zuerst von den Tuben auf die übrigen Teile des Genitaltraktus aus, doch können diese auch unabhängig voneinander gleichzeitig hämatogen infiziert werden. Extrem selten ist eine Fortleitung vom uropoetischen auf das Genitalsystem. — Literatur.)
9. Jellett, H., Two cases of genital tuberculosis: a) of tubes, uterus and rectum; b) of tubes, with carcinoma of ovary. Transact. of the Royal Acad. of Med. in Ireland. 1913. Vol. 31. p. 400—402. (Bei der 58jährigen Patientin wurden durch Curettage wegen fünfmonatlicher Blutung aus dem Uterus tuberkulöse Zerfallsmassen entfernt.)
10. v. Kubinyi, P., Tuberculosis uteri et tubar. Totalexstirpation. Gyn. Sekt. d. kgl. ungar. Ärztevereins zu Budapest. Sitzg. vom 8. Dez. 1913. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 22. p. 811. (28jährige, seit zwei Monaten verheiratete Nullipara. Die Anamnese spricht dafür, dass Patientin im Kindesalter an Peritonitis tuberculosa gelitten habe. Hereditär nicht belastet. Hat nie menstruiert. In der Schleimhaut des durch Totalexstirpation gewonnenen Uterus zeigten sich mehrere tuberkulöse Geschwüre, in der Muskulatur zwei haselnussgrosse Kavernen. Das Kollum war atretisch, wahrscheinlich ein altverheilter Prozess. Das Mikroskop zeigt typische tuberkulöse Granulationen; Riesenzellen. Bazillenfärbung negativ.)
11. Mc Cann, F. J., A lecture on the clinical and pathological results of infection of the female genitalia. Clin. Journ. Nr. 29. p. 449—454. (Die Arbeit handelt auch über die Genitaltuberkulose, u. a. über deren Infektionswege.)

12. Mc Ilroy, L., H. F. Watson and J. H. Mc Ilroy, The significance of the Wassermann reaction in gynaecological diagnosis, with special reference to uterine haemorrhage. The Brit. med. Journ. 1913. Oct. 18. p. 1002. (100 Fälle, bei denen kein einziger von offensichtlicher Syphilis, wurden untersucht. Sechs Patientinnen mit einer Anamnese, die auf eine vorausgegangene syphilitische Infektion hindeutete, hatten alle eine positive Wassermannsche Reaktion. Ausserdem noch 37 andere. Fast bei allen schwanden die Beschwerden und Blutungen durch eine antisyphilitische Kur. Mehrere Krankengeschichten werden ausführlich mitgeteilt.)

13. Meyer-Ruegg, H., Die Tuberkulose der weiblichen Genitalien. Schweiz. Rundschau f. Med. Bd. 14. Nr. 41. p. 525—534. (Unter den an Tuberkulose verstorbenen Frauen stellt sich die Zahl der Genitaltuberkulosen auf 15%. In etwa 90% aller Genitaltuberkulosen sind die Tuben beteiligt, und von ihnen geht die Infektion auf den Uterus über, viel seltener auf das Ovarium, ganz selten ist die Cervixschleimhaut erkrankt. Bei der Uterustuberkulose spielt die Plazentarinfektion eine wichtige Rolle als Infektionsquelle. Für die Diagnose kommen in Betracht die Probeausschabung des Uterus, die Überimpfung von Sekret auf Meerschweinchen, Knötchen im Douglas, der ganze Habitus der Patientin und der Verlauf der Erkrankung. Die Tuberkulinreaktion ist nicht sehr beweisend. Therapeutisch wird man nur selten zur Operation schreiten, da die Genitaltuberkulose vielfach geradezu Neigung zur Ausheilung besitzt oder sonst einen sehr chronischen Verlauf zeigt, ohne Tendenz, auf die Nachbarorgane überzuschreiten.)

14. Minner, E., Genital- und Peritonealtuberkulosen der Würzburger Universitäts-Frauenklinik. Diss. Würzburg. März. (Wird im Kapitel „Zusammenhang mit der übrigen Pathologie" referiert.)

15. Misuraca, E., Su un caso di tubercolosi dell' endometrio. Riv. osp. Nr. 2. p. 65—75. (Diagnose durch Curettage wegen Blutungen. Zu gleicher Zeit Endometritis interstitialis. Später Adnextuberkulose. Gute Erfolge mit Marmorekschem Serum.)

16. de Nicola, R., Contributo alla tubercolosi del collo dell' utero. Arch. ital. di ginec. Nr. 3. p. 61—71. (Zwei eigene Fälle, die ausführlich mitgeteilt werden, mit Abbildungen: Die tuberkulösen Geschwüre wurden exzidiert und der Uterus curettiert. Verf. verwirft radikale Eingriffe.)

17. Perazzi, P., Di un caso non comune di tubercolosi del collo dell' utero. La Rassegna d' ost. e gin. 1913. Jg. 22. Nr. 11/12. p. 630—633. (52jährige Multipara, fünf Jahre in der Menopause, erkrankt an Schmerzen im Leib und eitrigem Fluor. Früher tuberkulöse Lymphome am Halse, jetzt Tumor in der rechten Fossa iliaca, wahrscheinlich Drüsenschwellungen. An der Portio kleine Erosionen und im untersten Teil des Zervikalkanals kleine papilläre Wucherungen. Mikroskopisch lässt sich eine, auf den untersten Teil des Zervikalkanals lokalisierte, papilläre Tuberkulose feststellen. Amputation des Kollum. Nach Ansicht des Verf. handelt es sich um Metastase der Drüsentuberkulose; der Mann war gesund.)

18. Pollosson, A., Tuberkulose des Uterus. Lyon méd. 1913. Nr. 37. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 15. p. 577. (Fall I: Rundliche, fast die ganze Vaginalportion einnehmende Erosion, die sich mikroskopisch als tuberkulös erwies. Fall II: Zunächst wurde die Diagnose auf zerfallenes Myom oder Chorionepitheliom gestellt. Hysterektomie. Intratumoraler tuberkulöser Tumor.) (Heimann.)

19. de Quervain, F., Du traitement actuel de la tuberculose génito-urinaire. La Sem. méd. Nr. 4. p. 37—42. (Allgemeines.)

20. Revillet, L., De l'héliothérapie marine dans les tuberculoses abdominales. Organes génito-urinaires. Prov. méd. Année 27. Nr. 25. p. 271—276. (Die Heliotherapie am Meere findet ihre sicherste Indikation bei den tuberkulösen Affektionen der weiblichen Genitalorgane. Alte Entzündungsherde des Uterus und seiner Adnexe werden oft rasch beseitigt. Sei heilt zahlreiche verzweifelte Fälle von Amenorrhoe und Dysmenorrhoe, für die kein anatomischer Grund vorliegt. Beim jungen Mädchen in der Pubertät verhindert die Heliotherapie den Infantilismus und die Hypoplasie der Geschlechtsorgane.)

21. Rothhardt, E., Beitrag zur Diagnostik der Genitaltuberkulose. Diss. Freiburg i. Br. 1913.

22. Salgendorff, H., Pathologisch-histologische Untersuchung einer Uterus- und Tubentuberkulose. Diss. in Bonn.

23. Schewaldyscheff, A., Drei Fälle von Tuberkulose der weiblichen Genitalorgane. Med. Obosr. Nr. 6. p. 545—548. (Russisch.) (Alle drei sind Fälle von primärer Genitaltuberkulose. Operative Therapie. Heilung.)
24. Schiffmann, J., Tuberkulose, Uterusatresie und Amenorrhoe. Arch. f. Gyn. Bd. 103. Heft 1. p. 1—17. (Sehr genaue Bearbeitung zweier einschlägiger Fälle. Fall I: Die Veränderungen sind nur in der Mukosa des Korpus zu finden, die Tuberkulose befindet sich im Stadium der Ausheilung. Atresiebildung. Fall II: Völlige Narbenatresie des Uterus, nur eine einzige Infiltratstelle in der Narbe weist auf einen ehemaligen entzündlichen Prozess hin. Hochgradige Sklerose der Uteringefässe. Die Ursache der Amenorrhoe liegt entweder in der Hypoplasie oder der Erkrankung des Uterus. Die beiden Fälle zeigen, dass hinter dem klinischen Bild des infantilen hypoplastischen Uterus sich schwere pathologische Veränderungen verbergen können. (Heimann.)
25. Schmidt, E., „Tuberkelknötchen" in einem Portiokarzinom. Hegars Beitr. z. Geb. u. Gyn. Bd. 19. Heft 3. p. 316—324. (Für Tuberkulose sprechen: die nachgewiesene floride Tuberkulose einer Niere und Tuberkelbazillen im Körper, die hauptsächlich in den Schnitten der Probeexzision gefundenen Zellkomplexe mit allen Eigenschaften von Tuberkeln, die für den Langhansschen Typus unbedingt charakteristische Form der Riesenzellen. Schmidt neigt aber schliesslich doch der Ansicht zu, dass es sich um Fremdkörperriesenzellen handelt.)
26. Schneider, W., Über primäre weibliche Genitaltuberkulose. Diss. Freiburg i. Br. 1913.
27. Stillman, E. G., Two cases of tuberculosis of uterus. Proceed. of the New York pathol. Soc. Vol. 14. Nr. 4. p. 101—108. (Autopsiebefunde. Neben geringen tuberkulösen Veränderungen der anderen Körperorgane diffuse käsige Tuberkulose des Endometrium und der Tuben.)
28. Tourneaux, J. P., et Villemur, Tuberculose du col de l'utérus. Soc. anat. de Paris. Séance du 17 Juillet. Ref. La Presse méd. Nr. 58. p. 560. (Die Patientin litt an Metrorrhagien mit starken Schmerzen. Bei der Untersuchung fand sich ein Polyp. Abtragen desselben, Curettement. Typischer tuberkulöser Befund in dem Polypen und der Schleimhaut der Cervix. Der Fundus war frei.) (Heimann.)
29. Welty, E. M., Gynecologic tuberculosis. Northwest Med. Vol. 6. Nr. 1. p. 21—24. (Zusammenfassung. Mitteilung eines Falles.)
30. Whitehouse, H. Beckwith, Syphilis in relation to uterine disease. Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 25. Nr. 1. p. 13—25. (Verf. stellte die Wassermannsche Reaktion an bei Patientinnen mit Uterusaffektionen unbekannter Pathogenität und suchte Spirochäten in dem Gewebe und Sekrete des Uterus. Verf. betont das Vorkommen einer wahren syphilitischen Fibromatose des Uterus und kommt zu folgenden Schlüssen: Bei jeder chronischen und fibromatösen Metritis unbekannten Ursprungs soll die Wassermannsche Reaktion angestellt werden; dieselbe wird oft Syphilis als Ursache erkennen lassen. Im sekundären Stadium der Syphilis lassen sich oft Spirochäten im Menstrualblut nachweisen. Auch gibt es Pyometritiden syphilitischen Ursprungs. — Ausführliche Krankengeschichten und histologische Befunde der sieben Fälle, auf die sich die ausführliche Arbeit stützt.)
31. Wintz, H., Experimentelle Untersuchungen über Chemismus und Bakteriengehalt des Scheidensekrets, sowie über die bakteriziden Eigenschaften gegenüber dem Tuberkelbazillus. Diss. Erlangen 1913. 88 S. (Das Scheidensekret hat keine bakterizide Eigenschaft gegenüber Tuberkelbazillen.)
32. Wüllenweber, W., Über operative Behandlung von Tuberkulose der weiblichen Genitalien. Diss. München. Sept.

Tuberkulose des Uterus. Meist handelt es sich um kasuistische Arbeiten. Grössere, das Thema erschöpfende Publikationen stammen von Baldowsky (1), der 68 Fälle aus der russischen Literatur zusammenstellte, di Bartolo (2), Graefe (8), der eine Dissertation über die Tuberkulose des weiblichen Genitalapparates im Kindesalter verfasste, Meyer-Ruegg (13), der systematisch die Genitalorgane einer Anzahl an Tuberkulose verstorbener Frauen untersuchte, Minner (14) (Dissertation) und Schneider (26) (Dissertation über die primäre weibliche Genitaltuberkulose).

Der **Ätiologie** wurde von mehreren Autoren Aufmerksamkeit geschenkt. Galup (cf. Kap. „Menstruation") glaubt, dass bei Lungentuberkulose in 18—20% der Fälle auf hämatogenem Wege eine sekundäre Infektion der Genitalorgane zustande kommt. Auch

Graefe (8) hält die Infektion auf dem Blutwege von anderen Herden des Körpers aus für die gewöhnlichste. Extrem selten soll eine Fortleitung vom uropoetischen- auf das Genitalsystem sein. v. Kubinyi (10) konnte in der Anamnese seiner Patientin eine Peritonitis tuberculosa feststellen. Minner (14) bespricht in einer Dissertation den Zusammenhang zwischen diesen beiden Erkrankungen. Mc Cann (11) schrieb eine Abhandlung über die **Infektionswege,** auf denen Genitalerkrankungen zustande kommen. Nach Meyer-Ruegg (13) soll die Plazentarinfektion eine wichtige Rolle als Infektionsquelle spielen. Ein Fall von lokalisierter papillärer Tuberkulose des Zervikalkanals wird von Perazzi (17) als Metastase einer Drüsentuberkulose aufgefasst. Schewaldyscheff (23) publiziert 3 Fälle von **primärer Genitaltuberkulose.** Schneider (26) hat diesem Thema seine Dissertation gewidmet.

Wintz (31) studierte die **bakteriziden Eigenschaften des Scheidensekretes** gegenüber den Tuberkelbazillen.

Die Möglichkeit eines ätiologischen Zusammenhanges zwischen **Karzinom und Tuberkulose** des Uterus hält Croner (4) nicht für ausgeschlossen. Aus den Publikationen von Goullioud (7) und E. Schmidt (25) ist ersichtlich, wie grosse Schwierigkeiten oft die **Differentialdiagnose** dieser beiden Erkrankungen machen kann.

Übrigens wird zur **Diagnose** von Baldowsky (1) besonderer Wert gelegt auf die Anamnese und das Verhalten der Temperatur. Nach Meyer-Ruegg (13) ist die **Tuberkulinreaktion** nicht sehr beweisend. Er bespricht ausführlich die Schwierigkeiten der Diagnosenstellung. Auch Rothhardt (21) liefert in seiner Dissertation einen Beitrag zur Diagnostik der Genitaltuberkulose.

Über die **Histologie** der tuberkulösen Veränderungen am Uterus ist in den Publikationen von Goullioud (7), Misuraca (15), Perazzi (17), Pollosson (18), Salgendorff (22) (Dissertation), Schiffmann (24), E. Schmidt (25), Stillmann (27) u. a. näheres zu finden.

Die **Therapie** soll nach Baldowsky (1), Bender (3), v. Franqué (6), v. Kubinyi (10), Schewaldyscheff (23) und Wüllenweber (32) **operativ** sein: nach Umständen radikal oder konservativ operativ. Dagegen empfehlen Meyer-Ruegg (13), de Nicola (16), Perazzi (17) **konservatives Verhalten.** Misuraca (15) hat sehr gute Erfolge vom Marmorekschen **Serum** gesehen; Revillet (20) von der **Heliotherapie.** De Quervain (19) veröffentlicht allgemeine Ansichten über die Behandlung der Urogenitaltuberkulose.

Syphilis des Uterus. Sowohl Mc Ilroy, und seine Mitarbeiter (12) wie Whitehouse (30), fanden bei zahlreichen Frauen, die an Metropathien litten, eine positive Wassermannsche Reaktion, auch ohne dass anderweitige Symptome von Syphilis vorhanden waren. Erstere Autoren konnten fast ihre sämtlichen Fälle durch eine antisyphilitische Kur heilen. Whitehouse hat auch Spirochäten im Gewebe und Sekret des Uterus gefunden und betont das Vorkommen einer wahren syphilitischen Fibromatose des Uterus.

b) Metropathien, Endometritis.

1. Adler, L., Über Ursachen und Behandlung von Uterusblutungen. Med. Klinik. Nr. 5. p. 183—188. Ref. Therap. Monatsh. 28. Jg. Mai. p. 379. (Leitsatz für die Behandlung aller Genitalblutungen: Eine Palliativbehandlung ist erst einzuleiten, wenn Malignität ausgeschlossen ist.) (Heimann.)
2. Albrecht, H., Die Anwendung des Koagulen Kocher-Fonio in der Gynäkologie. Gyn. Ges. in München. Sitzg. vom 28. Mai. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 26. p. 1479. (Bei intrauteriner Anwendung — Menorrhagien, atonische Blutungen — ist das Mittel ohne nennenswerte Wirkung.)
3. Allan, W. and T. H. Wright, Functional leucorrhea. New York med. Journ. Vol. 99. Nr. 3. p. 119—120. (Bei abnormer Erregbarkeit der Vasomotoren kann es auch unabhängig von der Menstruation und von anderweitigen Organveränderungen zur Hyperämie der Schleimhaut des Uterus und zur Leukorrhoe kommen. Ohne dass lokale Eingriffe nötig sind, lassen sich diese Erscheinungen durch Allgemeinbehandlung oft beseitigen.)
4. Allmann, J., Zur Behandlung der Metrorrhagie mit Mesothorium. Nordwestd. Ges. f. Gyn. Sitzg. vom 16. Mai. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. Heft 3. p. 424. (Verf. hat 17 Frauen mit Blutungen behandelt, deren Ätiologie nicht festzustellen war. Erfolge sehr gut. Technik: 30 mg in Messingfilter zwei Stunden ins Cavum eingelegt. Zweite Gruppe von Frauen: Blutungen bei bestehendem Thyreoidismus. Dritte Gruppe: Metro- bzw. Menorrhagien und Dysmenorrhoen junger Mädchen auf

thyreogener Basis. Hier wurde die Schilddrüse bestrahlt, 2—3 Stunden 30 mg Mesothor. Die Patientinnen reagierten auf die Bestrahlung ausgezeichnet. Die Blutungen besserten sich bei den meisten in ganz auffallender Weise. Ob dauernde Heilung erzielt werden kann, lässt sich zurzeit noch nicht sagen.) (Heimann.)

5. Alterthum, E., Zur Behandlung gynäkologischer Erkrankungen mit Yatren. Therap. d. Gegenw. Heft 3. p. 138—140. (Bei langer Behandlung gute Erfolge bei Cervixkatarrhen, Erosionen usw. mit Yatrengazetamponade der Scheide. — Jodderivat des Benzol-Pyridins.)
6. Asch, R., Diagnostische und therapeutische Ratschläge für den gynäkologischen Praktiker. Beihefte z. Med. Klinik. Heft 6. p. 129. (Im dritten Teil der Arbeit, der speziellen Therapie gewidmet, wird u. a. die Behandlung der Metritis und Endometritis besprochen. — Technik des Curettements.)
7. Ballmer, Z. H., Inflammations of the uterus. Eclectic. med. Journ. Vol. 74. Nr. 5. p. 230—234. (Allgemeines über Ätiologie und Therapie. Nichts Neues.)
8. Birnbaum, R., Zur Therapie akuter und chronischer Entzündungen im Bereich der Genitalorgane. Gyn. Rundschau. p. 503. (Empfehlung von En-Semori, Styli Spuman und Kombination von beiden.) (J. Veit.)
9. — Inhibin, ein pharmakotechnisch neues lokales Hämostatikum bei genitalen Blutungen. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 15. p. 551. (Es handelt sich um eine Tablettenform. Gewöhnlich werden dreimal täglich eine Tablette tief in die Vagina eingeführt, Freiwerden von Kohlensäure bewirkt den Erfolg.) (Heimann.)
10. de Bovis, R., Le concept des endométrites chroniques et le curettage. La Sem. méd. 1913. 5 Nov. (Endometritiden, oder besser Pseudoendometritiden infolge Allgemeinstörungen — schlechter Allgemeinzustand, abnormale Funktion einer der grösseren inneren Sekretionsorgane — müssen von denen lokal infektiöser Natur getrennt werden, da jede Lokalbehandlung vergebens oder gefährlich wäre. Wenn die Allgemeinbehandlung erfolglos bleibt, ist die Radiotherapie oder sogar die Hysterektomie verantwortet.)
11. Briggs, H. and R. A. Hendry, Uncontrollable uterine haemorrhage: a report on 104 uteri after hysterectomy. Sect. of Obst. and Gyn. of the Royal Soc. of Med. Meeting on Febr. 5. Ref. Proceedings of the Royal Soc. of Med. Vol. 7. Nr. 5. p. 195—220. Als Original erschienen i. d. Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 25. Nr. 3. p. 113—131. (Histologische Untersuchung von 104 Uteri, die im Laufe von 12 Jahren exstirpiert wurden wegen Blutungen, ohne dass an ihnen Myom oder Karzinom nachzuweisen war. Die Fälle wurden tabellarisch geordnet. Hierfür kommen in Betracht: Alter der Patientin, Lage des Uterus, Grösse und Gewicht desselben, Art und Stärke der Blutungen, schliesslich die Beschaffenheit bzw. Dicke des Endometriums. — 11 makroskopische und 16 mikroskopische Abbildungen auf 13 Tafeln. Die Arbeit wird von F. Lejars französisch referiert in: La Sem. méd. Nr. 19. p. 220—221.) (Heimann.)
12. Brown, Le Roy, The significance of irregular uterine bleeding. Med. Record. Vol. 85. Nr. 4. p. 149—152. (Überblick über die Ätiologie, Differentialdiagnose und Therapie der irregulären Uterusblutungen, für den Allgemeinpraktiker bestimmt. Vorschläge zur Aufklärung des Publikums über die Gefahren und Anfangssymptome des Uteruskarzinoms.)
13. Bucura, K. J., Zur Technik der intrauterinen Behandlung. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 6. p. 126—127. (Cf. Anhang „Intrauterine Behandlung". Das Verfahren eignet sich besonders zur Behandlung gonorrhoischer und postgonorrhoischer Ausflüsse. Injektionsflüssigkeit: Elektrargol oder 2%ige Kollargollösung.)
14. Buges, G., Essai sur le traitement des métrites par l'enfumage iodé. Thèse de Montpellier. 1913. Nr. 22. 47 S. (Indikationen: ulzerierende zervikale Metritiden und obstetrische Uterusinfektionen; bei letzteren als Ergänzung der Uterusausräumung. Anästhesie ist nicht nötig. Anwendung sehr bequem. Intoxikation ist nicht zu befürchten. Gefahr der Atresie ausgeschlossen. Wirkt keimtötend und Narbenbildung anregend.)
15. Cerioli, A., Airol und Wasserstoffsuperoxyd zur intrauterinen Behandlung. Gaz. degli Osped. Nr. 85. Ref. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 45. p. 1457—1458. (Der Umstand, dass beim Zusammenbringen von Airol und Wasserstoffsuperoxyd vier starke bakterizide Substanzen: Jod, Sauerstoff, Wismut und Gallussäure frei werden, wurde vom Verf. in der Behandlung der Affektionen des Endometriums verwertet. Technik. Vor allem ist die hämostatische Wirkung bemerkenswert; bei chronischer

Endometritis wurde wesentliche Besserung erzielt. Bei richtigem Vorgehen ist die Gefahr einer Embolie [starke Schaumbildung] nicht zu befürchten.)

16. Clark, J. G., Pathology and treatment of gonorrheal cervicitis and endometritis. The Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Vol. 69. Nr. 438. June. p. 961—969. (Für die Behandlung kommen in Betracht: die antifermentative, mit Leukofermantin, die Hefebehandlung und die Formalinätzung. Die letzte macht Beschwerden, wird daher nur wenig angewendet. Eine recht gute Methode ist folgende: Die Cervix wird mit 1‰ Sublimat oder 5% Jodtinktur gereinigt, dann Einspritzung 1 ccm einer 5%igen sterilen Novokainlösung mit einer Braunschen Spritze. Am besten wirkt diese Behandlung kombiniert mit der Hefe oder Leukofermantinbehandlung. In hartnäckigen Fällen Inzisionen der Portio mit dem Thermokauter.) (Heimann.)

17. Coe, W. H. Metrorrhagia at puberty. Sect. of Gyn., Obst. of the Med. Soc. New York. Meet. on April 28. Ref. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Vol. 70. p. 82. (Heimann.)

18. Cukor, N., Verschiedene Formen von Gebärmutterblutungen, die durch Moorbäder gut beeinflusst werden. 35. Balneologenkongr. in Hamburg, 11.—16. März. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 14. p. 789. (Es sind das die Fälle, die auf Blutarmut, Fettsucht, Katarrhe des Uterus und Klimakterium beruhen. Wenn auch die Blutungen während der Moorbäderbehandlung stärker werden, so ergibt sich doch am Ende ein recht guter Effekt.)

19. — Können Gebärmutterblutungen durch Moorbäder geheilt werden? Med. Klinik. Nr. 21. p. 890—891. (Moorbäder werden empfohlen bei Endometritis und Metritis, sowie bei Menstruationsstörungen nach Infektionskrankheiten und Stoffwechselerkrankungen.)

20. Curtis, A. H., On the etiology and bacteriology of leucorrhea. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 18. Nr. 3. p. 299—306. Ref. La Gyn. Jg. 18. p. 305. (In der Vagina meist Döderleinbazillen, ferner sehr häufig grampositive, selten gramnegative, meist Anaerobier. In der Vulva trifft man Aerobier: Koli-, Staphylokokken, Pseudodiphtheriebazillen. Leukorrhoe findet man meist bei Frauen, die noch nicht geboren haben, meist auf gonorrhoischer Basis. Die Rolle des Gonococcus würde nach Verf. besonders die sein, das Terrain für andere Anaerobier, die die Leukorrhoe hervorrufen, zu präparieren.) (Heimann.)

21. Delbet, P., Traitement de la métrite par le chlorure de zinc. Journ. d. pract. 1913. p. 708. (Da die Injektionen schmerzhaft sein können, geht eine Einspritzung von 4 ccm einer 5%igen Novokainlösung in die Uterushöhle voraus. Das 30—40%ige Chlorzink wird in Mengen von 2—4 ccm, je nach der Grösse der Uterushöhle, injiziert. Nachher muss die Patientin 3—4 Stunden in horizontaler Lage liegen bleiben. Die Abstossung des Schorfes, die am dritten Tage anfängt, ist meist nach einer Woche vollendet und kann eine neue Injektion gemacht werden. — Technik. — Die Gefahr der Entstehung einer Atresie soll ausgeschlossen sein. — Verf. zieht diese Therapie der Curettage vor.)

22. Deutsch, A., Zur Behandlung der Adoleszentenblutungen mit Pituglandol. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 15. p. 545—548. (15—20 Injektionen zu 1 ccm Pituglandol [Hoffmann-La Roche]. Pausen von 1—3 Tagen zwischen den Injektionen, eventuell nach einer Pause von 1—4 Wochen eine neue Injektionskur.) (Heimann.)

23. Driessen, L. F., Endometritis Folge abnormaler Menstruation, Ursache profuser Blutungen. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 17. p. 618—622. (Verf. erkennt eine besondere Endometritis, die folgende charakteristische Merkmale hat: 1. zirkumskripte hyaline Herde in der gewucherten Schleimhaut, 2. Nekrosen, 3. Infiltration mit multinukleären Leukozyten und Gefässdilatation, 4. zystische Erweiterung der Drüsen, 5. Wucherung des Epithels der Oberfläche und der Drüsen, 6. Fehlen von Glykogen. Man findet diese Merkmale auch an Schleimhäuten post abortum. Diese oben genannte Endometritis tritt fast ausschliesslich vor der Menopause auf. Diese Schleimhautveränderungen sind als Folgen der unvollkommenen Regeneration nach der Menstruation aufzufassen. Das Curettement bringt meist Heilung; eventuell bei Rezidivierung Kastration operativ oder durch Röntgen.) (Heimann.)

24. Duffy, R., Treatment of specific leucorrhea. Southern med. Journ. Vol. 7. Nr. 10.

25. Ekstein, E., Über medikamentöse Uterustonisierung. Gyn. Rundschau. Heft 5. p. 162—164. (Verf. spricht nur von der Hypotonie. Ätiologie: Entzündungen im

grossen und kleinen Becken, Obstipation, schliesslich Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Verf. empfiehlt besonders die Styptase in Tablettenform. Hierbei muss jedoch der Uterus stets entleert sein.) (Heimann.)

26. Flatau, S., Über Metrorrhagien bei Virgines. Bayr. Ges. f. Geb. u. Gyn. Sitzg. vom 7. Dez. 1913. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. Heft 4. p. 528—530. (Der Vortrag selbst soll im Arch. f. Gyn. erscheinen. Referat fehlt. Diskussion: Strauss berichtet über eine 26jährige Virgo mit unstillbaren Blutungen trotz viermaliger Abrasio und Kastration. A. Mayer hat gute Beeinflussung der Blutungen gesehen von der Anwendung normalen Menschenserums. Die Menstruation ist nicht das ausschliessliche Werk des Eierstocks allein, vielmehr wirken auch andere Drüsen mit innerer Sekretion mit. Seitz war in einem Falle gezwungen, den Uterus supravaginal zu amputieren. In einem zweiten Falle hatte fünfmalige Abrasio und Entfernung anderthalben Ovariums nur zeitweisen Erfolg. Es handelt sich wohl um eine Gleichgewichtsstörung, die die verschiedensten innersekretorischen Drüsen umfasst. Amann entfernte bei einem jungen Mädchen mit unregelmässigen Blutungen ein Angiosarkom des linken Ovariums mit dauernd gutem Erfolg.)

27. Focke, Digitalis bei Uterusblutungen. Therap. d. Gegenw. Heft 2. p. 68—74. Ref. Therap. Monatsschr. 28. Jg. Mai. p. 378. (Bei Uterusblutungen, die auf organischer Grundlage beruhen, ist Verabreichung von Digitalis eine wertvolle Unterstützung neben lokaler Therapie. Gute Wirkung ist zu erwarten: 1. bei Blutungen während der Schwangerschaft; 2. bei Menorrhagien, sowohl des jugendlichen wie des klimakterischen Alters, kurz bei allen, wo der Uterus anscheinend gesund ist, aber infolge irgendwelcher Zirkulationsstörung an zeitweisen Blutstauungen leidet. Verordnung: Inf. fol. Digital. titr. Bei Kindern von 13—14 Jahren 0,3—0,5 : 100,0 halblöffelweise nach den Mahlzeiten. Bei Erwachsenen 0,7—0,9 : 150,0 esslöffelweise nach den Mahlzeiten. Oder Digitalysat Bürger dreimal täglich am ersten Tag 20 Tropfen, dreimal täglich 15 Tropfen an den drei folgenden Tagen.) (Heimann.)

28. Gerstenberg, E., Konzentriertes Formalin, das am schnellsten und sichersten wirkende chemische Mittel zur Behandlung klimakterischer Blutungen. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 35. p. 1201. (Technik: Zwei Sonden, Zeit 50 Sekunden. Manuelle Untersuchung zwei Tage vor der Ätzsitzung. Aseptisches Vorgehen; Cervix und Uterus vorher nicht ausgetupft. 3—12 Stunden nachher Einlegen eines Tupfers. Nachteile wurden nie gesehen.) (Heimann.)

29. Goffe, J. Riddle, Menorrhagie und Metrorrhagie. Med. Record. 1913. Bd. 84. Nr. 19. p. 867. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 18. p. 673. (Verf. trennt Meno- und Metrorrhagien in zwei Klassen, je nachdem ein ätiologischer Faktor (Endometritis, Tubenaffektionen etc.] vorliegt oder nicht. Wiederholte Abrasionen sind therapeutisch zu verwerfen; eine, schon zur Diagnosenstellung, wird empfohlen. Organotherapie mit Ovarialextrakten, Pituitrin ist zu versuchen. In schweren Fällen Verödung des Endometriums mit Acid. nitricum oder Hysterektomie.) (Heimann.)

30. v. Graff, E., Die Behandlung der nichtklimakterischen Meno- und Metrorrhagien mit Röntgenstrahlen. Strahlentherapie. Bd. 4. Heft 1. p. 426—439. (36 Fälle. Heilung in 81%. Nach Intensivbestrahlung weniger Rezidive wie nach Bestrahlung mit geringeren Dosen. Furcht vor Beschädigung noch zu befruchtender Ovula soll unbegründet sein.)

31. Groák, F., Über Noviform. Gyn. Rundschau. Heft 5. p. 165—166. (Gute Resultate bei Leukorrhoe, Erosionen der Portio, bei übelriechendem Fluor usw. — In demselben Heft eine Empfehlung desselben Präparats von Nebesky).

32. Hunner, G. L., Weitere Mitteilungen über die Anwendung des Paquelin bei Zervikalkatarrhen und Sterilität. Southern Surg. and Gyn. Assoc. Dec. 16—18. 1913. Atlanta. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 71. p. 786. (Empfehlung des Thermokauters zur Verödung der tiefgelegenen Cervikaldrüsen. Kontraindikationen sind: Akute Gonorrhoe, maligne Tumoren.) (Heimann.)

33. Jayle, F., L'opothérapie hypophysaire en gynécologie; ses résultats immédiats. Presse méd. Nr. 26. p. 245—246. (Es wurden u. a. Fälle von Metritis, klimakterischen Blutungen, Fibrome usw. behandelt. Die primären Resultate sind sehr günstig. Wegen der Allgemeinerscheinungen nach der ersten Injektion sollen die Frauen an diesem Tage das Bett hüten.)

34. Jung, P., Erfahrungen über die vaginale Korpusamputation nach Rieck. Gyn. Helvet. 1913. Herbstausgabe. p. 295—297. (Die Operation wurde 26mal wegen jeder anderen Therapie trotzenden Metropathien ausgeführt. Gute Resultate in sämtlichen

Fällen. Die Menstruation wurde bei den meisten Patientinnen sehr schwach, blieb bei den anderen ganz aus. — Technik.)

34a. Kaarsberg, Et Tilfaelde af Metrorrhagi — Atmocausis — Colitis — Perforationsperitonitis. (Ein Fall von Metrorrhagie — Atmokausis — Colitis — Perforationsperitonitis.) Ges. f. Gyn. u. Obst. Kopenhagen. 8. April. Ref. Ugeskr. f. Laeger. p. 1923 bis 1924. (Verf. meint, die Atmokausis sei ohne Schuld. Keine Sektion.) (O. Horn.)

34b. — Et Tilfaelde af Metrorrhagi — Röntgenbehandling, — Hysterectomia vaginalis. (Ein Fall von Metrorrhagie — Röntgenbehandlung — Hysterectomia vaginalis.) Ges. f. Gyn. u. Obst. Kopenhagen. Ref. Ugeskr. f. Laeger. p. 1920—1921. (Die Patientin wurde in vier Sitzungen mit 2—3 Holzknecht und 3 mm dickem Glasfilter behandelt, im ganzen dreimal mit einem Zwischenraum von ca. drei Wochen.) (O. Horn.)

35. Kalledey, L., Zur Lehre von der Ätiologie und Organotherapie der Uterusblutungen. Gyn. Rundschau. 1913. Heft 13. p. 473—484. (41 Fälle von Menorrhagien wurden mit Hypophysenextrakt oder Corpus luteum-Extrakt behandelt, zum Teil mit gutem Erfolg.)

36. Katz, G., Der Ausfluss der Frau und seine Behandlung mit Yatrengaze. Med. Klin. Nr. 43. p. 1620.

37. Koch, J. A., The dry treatment of leucorrhea and cervical erosions. Illinois med. Journ. 1913. Vol. 24. Nr. 6. p. 330—331. (Warme Empfehlung.)

38. Lejars, F., Pyometra und Uterusabszess. Sem. méd. Nr. 20. p. 229—230. (Heimann.)

38a. Leonard, N., Postoperative Results of Trachelorhaphy compared with those of Amputation of the Cervix. Ref. Amer. Journ. of Obst. Vol. 69. p. 548. Surg., Gyn. and Obst. (Die Cervixamputation soll bei Frauen in gebärfähigem Alter nicht gemacht werden, während die Trachelorhaphie keinen Einfluss bei nachfolgenden Geburten hat.) (Heimann.)

39. Löhnberg, E., Unsere Erfahrungen mit der vaginalen Korpusamputation. Prakt. Ergebn. d. Geb. u. Gyn. Bd. 4. Heft 1. p. 130—148. (Die Operation wird angewendet zur radikalen Beseitigung der klimakterischen und präklimakterischen Blutungen, ferner in Verbindung mit der Prolapsoperation nach Schauta-Wertheim, zur Unterbrechung der Schwangerschaft mit Sterilisation. Gegeneinwände: 1. Bezüglich Schnelligkeit der Ausführung kein Vorteil gegenüber der Totalexstirpation. 2. Gefahr einer malignen Degeneration des zurückgelassenen Stumpfes. Von 54 Fällen hat Verf. 51 nachuntersucht. Ergebnis: Subjektiver und objektiver Befund sehr gut.) (Heimann.)

40. Mackey, J. F., Endometritis. Journ. of the Missouri State med. Assoc. 1913. Vol. 10. p. 11—13. (Nichts Neues.)

41. Maresch, R., Obliteration des Uterus und der Vagina infolge chronisch entzündlicher Prozesse. Geb.-gyn. Ges. in Wien. Sitzg. v. 20. Jan. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 29. p. 1028. (Heimann.)

42. Martin, J., Du traitement de la métrite chronique par le pansement utérin. Gaz. de gyn. Nr. 667. p. 106—112. (Nach instrumenteller Dilatation des Zervikalkanals antiseptische Intrauterinspülung und Ätzung mit Jodtinktur oder Formalin. — Allgemeinbehandlung.)

43. Mc Arthur, A. Norman, Leucorrhea; its bacteriology, physiology and suggested treatment. Austral. med. Journ. Vol. 3. Nr. 148. p. 1557—1559. (Bestätigung der Befunde Döderleins. Oft wurden Kolibazillen gefunden, wenn nach den klinischen Erscheinungen Gonokokken erwartet wurden. Aus den aus dem Fluor gezüchteten Bakterien wurde ein polyvalentes Autovakzin hergestellt. Mit subkutanen Injektionen desselben wurden angeblich gute Resultate erzielt. Nähere Angaben fehlen. Prolapse, Erosionen, grosse Cervixrisse sollen vorher operiert werden.)

44. Mendes de Leon, Uterus exstirpiert bei einer 45jährigen VIIIpara, wo Verdacht auf Karzinom bestand, während bei Probecurettage nur eine ausgesprochene zystöse Degeneration der Mukosa gefunden wurde. Da wiederholte Auskratzungen und Kauterisationen die Blutungen nicht besserten, wurde der Uterus exstirpiert. Auch in vier früheren ähnlichen Fällen hat Verf. so vorgehen müssen. Med. gyn. Ver. 18. Jan. Ned. Tijdschr. v. Verl. en Gyn. 23. Jaarg. p. 294. (Mendes de Leon.)

45. Meyer, J., Beitrag zur Behandlung des Fluor albus mit Bolus-Biozyme. Dermat. Zentralbl. (Kombinierte Wirkung. Boluspulver ist ein gutes Trockenantiseptikum,

während die rasch sich vermehrenden Hefezellen die Bakterien überwuchern und durch ihre Fermente dieselben vernichten. Ausserdem verursachen sie durch ihren Nukleingehalt eine Leukozytenanregung.)
46. Midelton, The etiology of endometritis. Dorset and West Hants Branch of the Brit. med. Assoc. Meeting on Oct. 21. (Oft sind Keime im Blutstrom, von einer früheren Infektion herstammend, die Ursache; so z. B. nach Scharlach.)
47. Moïssidès, M., La leucorrée et ses alternances morbides. Hippocratès. 1913. Juli. p. 209—213. (Griechisch.) Ref. Revue mens. de gyn., d'obst. et de péd. Nr. 5. p. 353. (Verf. tritt an die Frage heran, ob jede Leukorrhoe Behandlung erfordert und verneint diese Frage für die Fälle, in denen keine Veränderungen des Genitalapparates nachweisbar sind. Zwei Fälle als Beispiele, dass Behandlung sogar schadet. Bei einer 34jährigen Frau trat nach Aufhören der Leukorrhoe durch lokale Behandlung eine allgemeine Urtikaria mit heftigem Juckreiz auf, die erst nach Wiedererscheinen des Ausflusses wieder verschwand und infolge eines zweiten therapeutischen Versuches von neuem auftrat. Eine andere, 42jährige Frau mit chronischer Bronchitis und Emphysem bekam wiederholt nach lokaler Behandlung der Leukorrhoe asthmatische Anfälle mit Kongestionserscheinungen der beiden Lungen. Dieser Circulus vitiosus wiederholt sich jedesmal, wenn der Versuch gemacht wird, den Ausfluss zu heilen. Zwei ähnliche Fälle sind 1912 in den „Thèse de Paris" von G. Blanc veröffentlicht worden (cf. diesen Jahresbericht, Bd. 26, dieses Kapitel Nr. 4).
48. Nenadowitsch, L. F., Zur Behandlung der vaginalen Ausscheidungen und uterinen Blutungen. Prakt. Wratsch. Nr. 7. p. 93—95. (Russisch.) (Nichts Neues.)
49. Norris, R. C., Uterine hemorrhage. Therap. Gaz. Nr. 4. p. 234—237. (Zusammenfassende Übersicht. Enthält nichts Neues.)
50. Novak, E., Die pathologische Physiologie uteriner Blutungen. Journ. of the Amer. med. Assoc. Vol. 63. Nr. 8. p. 617.
51. Obmann, K., Fortbestand der Schwangerschaft bei uterinen Blutungen. Diss. Erlangen 1913. (42 Seiten.)
52. Oppenheim, H., Zur Puderbehandlung des weiblichen Fluors. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 13. p. 604—605. (Verf. gibt einen einfachen, billigen Pulverbläser an. Gute Erfolge mit Yatren-Puder.)
53. Paetz, Bekämpfung uteriner Blutungen durch Einwirkung auf die Ovarien. Inaug.-Diss. Greifswald. (Heimann.)
54. Piscacek, L., Über Uterusdivertikel und ihre Beziehung zur Schwangerschaft. Gyn. Rundschau. Heft 1. p. 1—14. (Wird im Kapitel „Pathologie der Schwangerschaft" referiert. Ätiologisch kann Usur der Muskularis durch schwere Endometritis eine Rolle spielen.)
55. Portaceli, M., Behandlung der chronischen Endometritis cervicalis mit dem „Causticum Filhos" nach Richelot. Crón. méd. Valencia 1913. Nr. 587. p. 201—203. (Spanisch.)
56. Puppel, E., Argobol, ein neues Silberboluspräparat. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 51. p. 2406—2407. (Präparat der Firma Fr. Bayer in Leverkusen-München, das 20% Silber in Form von Silberphosphat enthält und gute Erfolge gezeitigt hat u. a. bei der Trockenbehandlung einer schweren Metritis mit Erosionen und Ektropium und einem Falle von schwerster Bact. coli-Infektion, ausgehend von einer schweren Kolpitis und Metritis bei Totalprolaps.)
57. Rauschenberger, F. W., Über Metritis dissecans und Uterusabszess. Diss. Berlin. Febr.
58. Ronneaux, Quelques cas de métrites cervicales, traitées par la galvanisation vaginale. Soc. franç. d'électrothér. et de radiol. méd. Séance du 16 Juillet. Ref. La Presse méd. Nr. 59. p. 573. (Vaginale Applikation, jede Sitzung 20—40 Minuten Dauer, mit der negativen Elektrode 20 Milliampère nicht übersteigend. Heilung.) (Heimann.)
59. Ruge, C., Über Gynatresie bei Gravidität. Gyn. Ges. zu Berlin. Sitzg. vom 9. Jan. Ref. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 5. p. 233. (Siehe beim Kapitel „Pathologie der Geburt".)
60. Schattauer, F., Zur Therapie innerer Blutungen. Frauenarzt. Heft 1. p. 3—5. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 18. p. 675. (Verf. wendet mit Erfolg Styptasetabletten [tanninchlorsaures Kalzium und andere Hämostyptika] an. Anwendung besonders bei nicht puerperalen bzw. postoperativen Blutungen.) (Heimann.)
61. Schickele, G., Die Ätiologie und kausale Therapie der Uterusblutungen. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. Heft 3. p. 290—333. (Vergleich von tierischer Brunst und

menschlicher Menstruation, bei beiden vermehrte Füllung der Uterusschleimhautkapillaren. Bedeutung der Vasomotoren und ihrer Erregbarkeit sehr gross. Die Ovarien wirken auf die Gefässinnervation ein, dafür können vikariierend auch andere Organe eintreten. Die verlangsamte Gerinnung des Blutes kommt vielleicht durch eine Abnahme von Kalzium im Menschenblut zustande. Verf. glaubt, dass ein im Ovarium gebildetes Antithrombin die Ursache für die Gerinnungsverzögerung ist. Auch die Kontraktionsfähigkeit des Muskels ist von Wichtigkeit. Bei virginellen Menorrhagien sind entzündliche Erkrankungen der Uterusschleimhaut oder Muskulatur nicht anzunehmen, typische Veränderungen des Blutbildes oder der Gerinnungszeit fehlen; vasomotorische Symptome sind vorhanden, manchmal findet sich eine Erweiterung der Drüsen. Bei Blutungen post partum findet man oft als alleinigen Befund in Zottenresten Uteroplazentargefässe mit hyaliner homogener Wandung, innerhalb deren noch gut färbbare Ektodermzellen liegen. Für die Blutungen bei Extrauteringravidität fehlt bisher eine Erklärung. Endometritis und chronische Metritis, Beziehungen zwischen Blutung und histologischen Schleimhautveränderungen bestehen nicht, ebenso gibt der Gehalt an Muskulatur keinen Anhaltspunkt. Ebenso können keine festen Beziehungen zwischen Blutungen und Gefässveränderungen, Fettgehalt des Uterus festgestellt werden. Häufig findet man jedoch eine verminderte Erregbarkeit der Uterusmuskulatur oder eine vasomotorische Übererregbarkeit; schliesslich können Obstipation, Myome, Retroflexio uteri zu Blutungen führen. Auch an eine Funktionsstörung der Ovarien muss bei den ätiologischen Momenten gedacht werden, ferner auch an Störungen des Uterusstoffwechsels. Bei Infektions- und Stoffwechselerkrankungen werden ebenfalls abnorme Uterusblutungen gesehen. Therapie: An der Spitze stehen die Sekalepräparate, aussichtsvoll ist auch der Gebrauch von Blutserum. Organextrakte wirken verschieden. Fernere Mittel: Intrauterine Spülungen, Tamponade, Ätzungen, Ausschabung, Atmokausis; schliesslich Regelung der Diät, Entziehung aller Speisen, die die Vasomotoren reizen, vegetarische Ernährung. Gute Erfolge sind auch bei Darreichung von Kalziumsalzen gesehen worden (5%ige Lösung von Calc. lact. per os). (Heimann.)

62. Schickele, G., Die kausale Therapie der Uterusblutungen jugendlicher Individuen. Med. Klin. Nr. 28. p. 1171. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 31. p. 1589. (Als Ätiologie für solche Blutungen, wenn nicht Entzündungen, Lageveränderungen etc. vorliegen, kommen allgemeine und lokale Störungen in Betracht. Letztere ist z. B. eine abnorme innere Sekretion der Ovarien oder anderer Drüsen. Die Therapie bekämpft die Ursache. Bei Ovarialstörungen eventuell Darreichung von Ovarienpräparaten.) (Heimann.)

63. Schmauch, G., Ziele und Zwecke einer sachgemässen Schilddrüsenbehandlung. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. Heft 2. (U. a. Empfehlung einer Kombination von Kalkzufuhr mit Schilddrüsentabletten bei verschiedensten Affektionen, die mit der inneren Sekretion in Zusammenhang stehen können, wie Blutungen, Fluor, Menstruationsstörungen usw.)

64. Schneider, H., Geschichte der Behandlung atonischer Uterusblutungen mit intrauterinen Injektionen von Liquor ferri sesquichlorati. Diss. Leipzig. März.

65. Schönwitz, W., Biozyme-Bolus in der gynäkologischen Praxis. Therap. d. Gegenw. Nr. 12. (Das Präparat besteht aus medizinischer Kulturhefe und wasserfreier, kieselartiger Tonerde (Vial-Uhlmann, Frankfurt a. M.). Gutes Trockenantiseptikum bei allen Arten von Fluor albus usw.)

66. Sehrt, E., Die thyreogene Ätiologie und Therapie der hämorrhagischen Metropathien. Oberrhein. Ges. f. Geb. u. Gyn. 6. Juli 1913. Ref. Beitr. z. Geb. u. Gyn. Bd. 19. Heft 2. p. 295. Als Original erschienen i. d. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 6. p. 293—297. (Unterfunktion der Schilddrüse hat zur Folge Beschleunigung der Blutgerinnung, relative neutrophile Leukopenie und relative oder absolute Lymphozytose, bei Hyperfunktion findet sich Verzögerung der Gerinnung bei gleichem Blutbild. Kocher hat festgestellt, dass bei Frauen mit Unterfunktion schwere Blutungen auftreten; beim Basedow, Überfunktion, findet man häufig eine Cessatio mensium. Bei 35 Fällen von hämorrhagischer Metropathie zeigten 25 schwere Hypothyreose mit allen Zeichen des Blutbildes, bei 6 Fällen von Infantilismus ebenfalls Hypofunktion. Die Blutungen bei Hypothyreose sind als toxische anzusehen oder als Folge einer durch das thyreoidalsekretarme Blut bedingten Ovarialstörung. Jodothyringaben von 0,3 p. d. zeigten eine überraschende Einwirkung.) (Heimann.)

67. Shallenberger, W. F., Endometritis. Southern med. Journ. 1913. Vol. 6. Nr. 11. p. 723—726. (Allgemeines. Nichts Neues.)

68. **Smith, Lewis Watson**, Uterine hemorrhage associated with hypertrophy and sclerosis of the uterine vessels. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Vol. 69. Nr. 2. p. 335—344. (Geschichtlicher Überblick. Mikroskopisch sind bei Blutungen sehr häufig sklerosierte Uterusgefässe zu sehen, das Bindegewebe ist gewuchert, vielleicht handelt es sich bei der Sklerose um eine physiologische Involution, von anderen werden die Gefässdruckschwankungen bei Menstruation etc. verantwortlich gemacht. Mikroskopisch fibröse Hypertrophie der Adventitia. Diagnose nur durch Probeexzision möglich. Therapie: Ausschluss bösartiger Tumoren. Ist das der Fall, lokale Behandlung. Erst bei verzweifelten Fällen Hysterektomie.) (Heimann.)

69. **Sturmdorf, A.**, The functional metrorrhagias, their nature and control. Journ. of the Amer. med. Assoc. Vol. 62. Nr. 7. p. 507—508. (Werden Veränderungen am Uterus oder den Adnexen nicht gefunden, so ist die Metrorrhagie oft nur als ein Symptom aufzufassen, das auf einer konstitutionellen Neigung zu Blutungen beruht. Die Behandlung muss allgemein und lokal sein. Für letztere empfiehlt Sturmdorf intrauterine Injektion mit reinem Azeton und Formalin.) (Heimann.)

70. **Theilhaber, A.**, Die Ursachen und die Behandlung der essentiellen Uterusblutungen und des Ausflusses. Arch. f. Gyn. Bd. 102. Heft 1. p. 165—180. (Historischer Überblick der Ansichten über diese Erkrankungen. Theilhaber macht Prioritätsansprüche geltend bezüglich der Lehre der Endometritis: die von Hitschmann und Adler gefundenen Tatsachen, dass der als Endometritis bezeichnete Zustand der Schleimhaut gar keine Entzündung ist, sondern zu dieser gehören nach Hitschmann und Adler Plasmazellen. Die sogenannte Drüsenhyperplasie ist nach Verf. nicht die Folge einer chronischen Entzündung, auch meist nicht die Folge der prämenstruellen Schwellung, da sie auch bei Neugeborenen, ja Föten gefunden wurde. Die Drüsenhypertrophie, die korkzieherartige Form, fand Theilhaber in der prämenstruellen Periode bei 64%, in der postmenstruellen bei 35%, in der intermenstruellen Phase in 72% aller Fälle. Theilhaber bekämpft dann die Lehre von den streng zyklisch verlaufenden Wandlungen der Uterusschleimhaut. Zu diesen Untersuchungen müssen einwandfreie Präparate. d, h. Leichenuteri genommen werden. Theilhaber hat prä-, inter- und postmenstruelle Drüsenformen an dicht beieinander liegenden Schleimhautstückchen gesehen. Ein Zusammenhang zwischen Atypie der Zyklen und atypischen Menstruationen muss bestritten werden. Hyperämie des Uterus ist immer notwendig, wenn es zu Menorrhagien kommen soll. Die Erkrankung der Ovarien ist nicht nötig. Schliesslich spielt auch die Stärke der Muskelkontraktion bei Blutungen eine sehr wesentliche Rolle. Bei hyperämischen Zuständen nimmt auch die Menge des Sekrets, das die Drüsen des Corpus uteri in geringem Grade täglich sezernieren, zu. Therapie der Blutungen: Abrasio mit Kauterisation; Ergotin und seine Präparate; systematische Anwendung der Skarifikation. Allgemeinbehandlung. Über die Wirkung der Ätzmittel sind die Ansichten geteilt. Theilhaber benutzt sie auch bei Ausfluss mit gutem Erfolg, ausser bei akuter und subakuter Gonorrhoe. Theilhaber benutzt eine mit Watte umhüllte Sonde, als Ätzmittel kommt 30%iges Formalin in Frage. Auch die Röntgenbehandlung gibt gute Resultate.) (Heimann.)

71. **Trebing, J.**, Erystyptikum „Roche" bei Blutungen der weiblichen Genitalorgane. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 15. p. 554. (Verordnung entweder flüssig, dreimal täglich 20 Tropfen, oder fest. viermal täglich ein Messglas; besonders bei Dysmenorrhoe, zu starken Menses, klimakterischen Blutungen und solchen auf entzündlicher Basis.) (Heimann.)

72. **Vanverts, J. et H. Paucot**, Métrorrhagies dues à des adhérences unissant l'ovaire à un appendice enflammé. Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn. de Paris. 1913. Nr. 5. p. 462—463. (Kasuistisch. Curettage war ohne Erfolg gewesen. Nach Lösung der Verwachsungen und Appendektomie völliges Verschwinden der Blutungen und Wiedereintritt einer regelmässigen Menstruation.)

73. **v. d. Velde, Th. H.**, Stralenbehandeling in de gynaecologie. Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. II. Helft. Nr. 23. p. 1852—1856. (Holländisch.) (I. Ultraviolette Strahlen. Anwendung mittelst der Kromayer-Lampe [für Behandlung in der Vagina] und der „künstlichen Höhensonne". Sehr zufriedenstellende Erfahrungen, besonders bei: Erosionen und Tuberkulose der Portio, Erosionen und Ulzerationen am Prolapse, Ulcus cruris, ekzematöse Erkrankungen der Schamlippen, des Perineums und der Umgebung des Anus, chronische Kolpitis, Pruritus vulvae, tuberkulöse Peritonitis usw. Der beobachtete „Kunstsonne-Kater" soll nur Folge der übermässigen Ozoneinatmung sein, und wegbleiben bei guter Ventilation im Behandlungszimmer. Auch

die Bestrahlung zur Allgemeinbehandlung bei schwachen, anämischen Patientinnen [z. B. nach Operationen] wird vom Verf. sehr gepriesen.)

74. Verdonk, A., Le traitement des pertes blanches. Journ. belge de gyn. et d'obst. Nr. 6. p. 470—476. Geneesk. Tijdschr. v. Belgie. Nr. 11. (Übersicht der verschiedenen Behandlungsmethoden. Nichts Eigenes. Literaturzusammenstellung.)

75. Whitehouse, H. Beckwith, The physiology and pathology of uterine haemorrhage. The Lancet. April. p. 951 u. 1051. (Menstrualblut aus dem Uterus hat eine grössere koagulierende Kraft als das aus der Vagina. Die Zellen des Endometriums zeichnen sich durch Anwesenheit von Thrombokinase aus, die Uterindrüsen sezernieren ein fibrinolytisches Enzym. Die Beimengung von Blutklumpen zum Menstrualblut zeigt entweder das Fehlen von Thrombokinase an oder weil die Blutmenge zu gross ist, oder ihr Austritt zu schnell erfolgt, um mit dem Thrombolysin sich zu vereinigen. Eine exzessive Blutung kann ihre Ursache in einer glandulären Hypertrophie des Endometriums haben. Häufig findet man ausserdem eine Hypertrophie der Ovarien. Die Blutungen bei Erkrankungen des Endometriums, besonders bei Hypertrophie, werden durch Curettage geheilt. In der Menopause wird bei Blutungen Thrombokinase verabreicht in Form von Extrakten aus Endometrium oder Testikeln. Bei Hypertrophie des Ovariums kommt Oophorektomie, bei Fibrosis und Arteriosklerose des Uterus die Entfernung desselben in Betracht.) (Heimann.)

76. Wolff, A., Zur Kenntnis der Anatomie und Ätiologie der chronischen Endometritis. Diss. Heidelberg 1913. (Beriedt u. Co., Neustadt a. d. H.) (Untersuchungen an 84 Fällen. Was gewöhnlich unter Endometritis verstanden wird, hat keine einheitliche anatomische Grundlage. Notwendig zur Diagnose ist der Nachweis von Plasmazellen bzw. Leukozyten. Das Drüsenbild ist ohne Belang. Eine spezifische Differentialdiagnose (z. B. zwischen Gonokokken, Streptokokken und Endometritis) lässt sich nicht stellen.)

Allgemein gehaltene Arbeiten über die **pathologische Physiologie der uterinen Blutungen** und deren **Behandlung,** stammen von Adler (1), Briggs und Hendry (11), die 104 wegen Blutungen exstirpierten Uteris, die makroskopisch keine Veränderungen zeigten, mikroskopisch untersuchten, Broun (12), Ekstein (25), der besonders die Hypotonie des Uterus ins Auge fasst, Flatau (26), Goffe (29), Kalledey (35), Norris (49), Novak (50), Schickele (61), Sehrt (66; thyreogene Ätiologie, siehe dazu auch Allmann (4)], Sturmdorf (69) und Theilhaber (70). Eine besondere **Ätiologie** uteriner Blutungen, die trotz Curettage bestehen blieben, fanden Vanverts und Paucot (72) in Verwachsungen des Ovariums mit der entzündeten Appendix, nach deren Lösung und Appendektomie die regelmässige Menstruation wiederkehrte.

Mehr speziell auf dem Studium der **Endometritis und Metritis** haben sich Driessen (23), Smith (68) und Wolff (76) zugelegt. Letzterer stellt die Resultate seiner Untersuchungen an 84 Fällen in einer Dissertation zusammen.

Die **Behandlung** der Metritis und Endometritis findet eingehende Beachtung in den Arbeiten von Asch (6), de Bovis (10), Schickele (61), Sturmdorf (69) und Theilhaber (70). **Besondere Behandlungsmethoden** werden empfohlen von Albrecht (2; Koagulen Kocher-Fonio), Birnbaum (8 und 9; En-Semori, Inhibin), Buges (14; Joddämpfe), Cerioli (15; Airol und Wasserstoffsuperoxyd), Cukor (18; Moorbäder), Delbet (21; Chlorzink), A. Mayer (cf. Flatau, 26; Menschenserum), Focke (27; Digitalis), Gerstenberger (28; konzentriertes Formalin), Martin (42; Jodtinktur und Formalinspülungen), Schattauer (60; Styptase), Schneider (64; Dissertation; Eisenchlorid) und Trebing (71; Erystypticum). Siehe zu diesem Thema ferner auch den Anhang dieses Kapitels: „Intrauterine Behandlung".

Die **Organtherapie** bei uterinen Blutungen wird unter bestimmten Bedingungen gelobt von Deutsch (22; Hypophysis), Goffe (29; Ovarialextrakte und Hypophysis), Jayle (33; Hypophysin), Kalledey (35; Hypophysis- und Corpus luteum-Extrakte), Schickele (62; Ovarienpräparate), Schmauch (63; Schilddrüse), Sehrt (66; Thyreoidea) u. a., die im Kapitel „Physiologie und Pathologie der Menstruation" erwähnt sind.

Die **Bestrahlungstherapie** hat bei pathologischen Blutungen des Uterus gute Erfolge zu verzeichnen und wird fast einstimmig gerühmt. Ausser auf die vielen im Kapitel „Strahlentherapie der Myome" referierten Arbeiten (Bunnenberg, Eymer u. a.) sei an dieser Stelle auf die Publikationen von Allmann (4; Mesothorium in 12 Fällen erfolgreich; auch die Schilddrüse wurde bestrahlt), de Bovis (10), Driessen (23), v. Graff

(30; auf 36 Fälle in 81% Heilung), Paetz (53), Theilhaber (70) und v. d. Velde (73; Bestrahlung mit ultraviolettem Licht) hingewiesen.

Jung (34), Löhnberg (39) und Seitz (cf. Flatau 26) mussten die **Korpusamputation** ausführen wegen jeder anderen Therapie trotzenden Blutung.

Allgemeines über **Ursache und Behandlung der Leukorrhoe** findet sich in den Publikationen von Allan und Wright (3), die die Ursache in abnormer Erregbarkeit der Vasomotoren suchen, Curtis (20) und Mc Arthur (43) die die bakterielle Ätiologie in Betracht ziehen, Nenadowitsch (48) und Verdonk (74). Moïssidès (47) sah Allgemeinstörungen auftreten im Anschluss an das Versiegen des Ausflusses infolge therapeutischer Eingriffe.

Therapeutisch werden die verschiedensten älteren und neuen Verfahren empfohlen. Alterthum (5) und Katz (36) sahen gute Erfolge von Yatrengaze, Gróak (31), Koch (37), Meyer (45), Oppenheim (52), Puppel (56), Schönwitz (65) von der Trockenbehandlung mit verschiedenen Präparaten, Bucura (13) von Elektrargol, Clark (16) von Formalinätzungen und Hefe, Mc Arthur (43) von der Vakzinbehandlung, Portaceli (55) vom „Causticum Filhos", Ronneaux (58) von der Galvanisation, Hunner (32) von der Thermokauterisation.

Lejars (38) und Rauschenberger (57) beschrieben Fälle von **Uterusabszess**, Maresch (41) einen Fall von Obliteration des Uterus infolge chronisch entzündlicher Prozesse. Nach Piscacek (54) kann eine schwere Endometritis durch Usur der Muskularis in der Ätiologie des **Uterusdivertikel** eine Rolle spielen.

Anhang: Intrauterine Behandlung, Uterusverletzungen.

1. Abramson, M., Hämatometra nach Abrasio. Diss. München 1913. (29jährige IV para; nach Abrasio stellte sich die Periode nicht wieder ein, dafür traten alle vier Wochen heftige Schmerzen im Unterleib auf. Die Untersuchung ergab Hämatometra mit Hämatosalpinx. Totalexstirpation. Heilung.)
2. Biermer, Der Hollwegsche Obturator „Frauenschutz". Gyn. Ges. in Breslau. Sitzg. vom 20. Jan. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. Heft 4. p. 530—538. (Bericht über Uterusläsionen, durch dieses Intrauterinpessar verursacht.)
3. Bretschneider, R., Über Uterusperforation. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Leipzig. Sitzg. vom 16. Febr. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 27. p. 967—969. (Auch in der Diskussion werden von Schweitzer, Littauer und Skutsch mehrere Fälle von Curettenperforation erwähnt.)
4. Bucura, K. J., Zur Technik der intrauterinen Behandlung. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 6. p. 126—127. (Verf. verwendet eine Rekordspritze mit spitz zulaufendem Metallkonus mit Schraubenwindungen, darauf wird ein Ureterenkatheter befestigt, der dünner sein muss als die Sichtung des Zervikalkanals, um den freien Abfluss der überschüssigen Flüssigkeit zu gestatten. Länge 11 cm. Verwendet wird Elektrargol oder 2%ige Kollargollösung. Das Medikament wird tropfenweise eingelassen.) (Heimann.)
5. Calmann, A., Zur Anwendung und Erleichterung der Laminariadilatation. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 41. p. 1305. (Die langsame Dilatation des Zervikalkanals ist der der brüsken zu bevorzugen, vorausgesetzt, dass nicht irgendwelche Infektionsgefahren vorliegen, welche zu sekundären Infektionen führen. Wenn der Stift sich einmal in das Innere verkrochen hat, geschieht die Entfernung am besten, indem man den Stift mit einer Klemme und die vordere Muttermundslippe mit einem Museux ergreift, und letzteren dazu benutzt, um das Uterusgewebe über den Stift zurückzuschieben, indem man zugleich an der Klemme zieht.)
6. Carlini, P., Sul falso concetto dell' innocuità del raschiamento. Ginec. minore. Nr. 1. p. 2—4. (Verf. warnt gegen die nichtindizierte und schlecht ausgeführte Curettage und teilt zwei Fälle mit, in denen nervöse Symptome sich verschlechterten und eine Narbenstenose des inneren Muttermundes entstand.)
7. Delmas, P. et Vinon, Kyste hématique de l'ovaire, hématosalpinx et hématométrie aquise. Soc. d. scienc. méd. de Montpellier. Séance du 12 Déc. 1913. Ref. La Presse méd. 28 Janv. Nr. 8. p. 83. (Die Ursache war wahrscheinlich eine Stenose des Orificium cervicis, hervorgerufen durch wiederholte Kaustiken.) (Heimann.)
8. Engelmann, W., Bajonettförmige Uterussonde und Ätzstäbchen. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 23. p. 844. (Der Knickungswinkel sitzt am Griff. Fabrikant B. B. Cassel-Frankfurt a. M. In Nr. 26, desselben Zentralblattes, p. 934, erhebt Flatau Prioritätsansprüche betreffs dieses Instruments. Erwiderung Engelmanns in Nr. 27, p. 966.)

9. Frank, P. L. W., Demonstration der Fragmente eines Sterilettpessars. Geb. Ges. zu Hamburg. Sitzg. vom 3. Dez. 1913. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 8. p. 313. (Das Pessar war beim Versuch der Entfernung zerbrochen, Fragmente waren darin geblieben; hinter dem Pessar, das tief in der Muskulatur steckt, eine frische Gravidität.) (Heimann.)

10. Friemann, K., Über die unblutige Dilatation der Cervix durch Quellmittel mit besonderer Berücksichtigung der Dilatation durch Laminariastifte. Diss. Marburg. Dez. 1913. (Wird im Kapitel „Gynäkologische Operationslehre" referiert.)

11. Fromme, F., Über Uterusverletzungen bei der Aborttherapie, ihre Diagnose, Behandlung und strafrechtliche Bedeutung. Prakt. Ergebn. d. Geb. u. Gyn. Bd. 6. Heft 2. p. 266—287. (Wird a. O. referiert.)

12. Gallant, A. E., Continuous Uterine Drainage. New York. med. Journ. Oct. Nr. 15. p. 697. Ref. The Journ. of Amer. med. Assoc. Vol. 63. Nr. 18. p. 1607. (Das Drain, das an Ort und Stelle gut befestigt werden soll, kann sechs Monate und mehr in situ bleiben.) (Heimann.)

13. Goenner, A., Zur Frage der Intrauterinstifte. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 47. p. 1326. (Verf. hat gute Erfahrungen damit gemacht; die Indikation ist selten, manche Formen von Sterilität, Dys- und Amenorrhoe werden sehr gut beeinflusst.) (Heimann.)

14. Grotte, G., Zur Technik der unblutigen Cervixdehnung. Ein neues Dilatationsinstrument. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 11. p. 400—404.

15. Gummert, L., Über die Gefahren der intrauterin angewendeten antikonzeptionellen Mittel. Niederrhein.-westfäl. Ges. f. Gyn. u. Geb. Sitzg. vom 29. Juni 1913. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. Heft 3. p. 406—432.

16. Hall, G. T., Amenorrhea and dysmenorrhea. Certain forms for which treatment may be emphasized. Texas State Journ. of Med. Vol. 9. Nr. 11. p. 348—350. (Empfehlung des Intrauterinstiftes zur Behandlung dieser Störungen.)

17. Heineberg, A., Uterine endoscopy; an aid to precision in the diagnosis of intrauterine disease. A preliminary report. With the presentation of a new uteroscope. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 18. Nr. 4. p. 513—515.

18. Herrgott, A., Un cas de gangrène du col par injection caustique. Ann. de gyn. et d'obst. Nr. 1. p. 13—17. (Die Einspritzungen zu kriminellem Zwecke waren mit 1%iger Sublimatlösung ausgeführt worden. Exitus an Embolie von den vereiterten Beckenvenen ausgehend.)

19. v. Hövel, Über kriminelle Eingriffe im Bereich der weiblichen Genitalien und ihre Folgezustände. Diss. Strassburg i. E. April.

20. Jansen, W., Über perforierende Uterusverletzungen und ihre Therapie. Diss. Berlin 1913. (Beschreibung der verschiedenen therapeutischen Massregeln bei Perforation des Uterus — durch Curette, Laminaria — unter ausführlicher Schilderung von 11 Fällen, die in der Bummschen Klinik zur Beobachtung kamen. Die Therapie ist streng konservativ-operativ und beruht auf dem Prinzip des Peritonealisierens bzw. der Extraperitonealisierung. Die Uterusexstirpation bleibt nur für sehr schwere Uterusverletzungen und Uterusperforationen bei malignen Neubildungen reserviert.)

21. Jofan, J., Hundert Uterusperforationen. Diss. München. August.

22. Knipe, Norman S., The metrascope. Obst. Soc. of Philadelphia. Meeting on April 2. Ref. The Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Vol. 69. Nr. 6. p. 1048. (Einfaches, röhrenförmiges Instrument zur direkten Besichtigung der Uterushöhle.)

23. Knoop, C., Über die Gefahren der intrauterin angewendeten antikonzeptionellen Mittel. Niederrhein.-westfäl. Ges. f. Gyn. u. Geb. Sitzg. vom 29. Juni 1913. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. Heft 3. p. 406—432.

24. Kraus, E., Zur Anästhesierung des Uterus. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 27. p. 1515—1516. (Bei der Abrasio mucosae wird vorher dilatiert mit Hegarstiften, welche mit einer Zuckerglasur überzogen sind. Die Siruplösung enthält 5% Novokain und 0,15% Suprarenin comp. Höchst. In 24 Fällen zufriedenstellender Erfolg. Dieses Verfahren der Druckanästhesie hat nur den einen Nachteil, dass die Operation länger dauert.)

25. Kriwsky, L. A., Ein Fall von Uterusperforation bei künstlichem Abort mit Durchtritt des Bougie in die Bauchhöhle. Journ. akusch. i shensk. bol. Bd. 29. p. 29—34. (Russisch.) (Referat im Kapitel „Pathologie der Gravidität".)

26. Kuliga, P., Fünf Fälle von Uterusperforation. Niederrhein.-westfäl. Ges. f. Gyn. u. Geb. Sitzg. vom 11. Jan. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. Heft 4. p. 550 bis 553. (Fall I: Perforation durch Curette, Expectatio, Heilung. Fall II: Perfora-

tion durch Curette; Uterus-Darmfistel. Fall III: Perforation durch Curette; Expectatio. Fall IV: Perforation durch Curette; Laparotomie fünf Stunden nach der Perforation; Totalexstirpation; Exitus. Fall V: Perforation durch Abortzange; mehrfache Darmverletzung; Darmresektion, Cökostomie, Drainage, Exitus.)

27. Lapointe, A., Traitement des perforations utérines. La Clin. Nr. 2. p. 21—23. Ref. Revue de gyn. Nr. 1. p. 61. (Uterusperforationen können entstehen: 1. Bei der Entfernung von Plazentarresten mit einem Instrument, sofortige Laparotomie, das Abdomen ist ohne Drainage zu schliessen. 2. Bei einer intrauterinen Injektion, ebenfalls sofortige Laparotomie, um die Flüssigkeit abzuschöpfen. 3. Bei einer Curettage oder Dilatation. Ist der Uterus aseptisch, soll man abwarten, ist der Uterusinhalt infiziert, muss man sofort eingreifen. Laparotomie und Naht der Perforation. Ist die Perforation nicht sofort behandelt worden, so können als Komplikation Blutungen und eine Peritonealinfektion ein chirurgisches Eingreifen notwendig machen. Blutungen heftiger Natur sind selten, bei Infektion kommt eventuell die vaginale Entfernung des Uterus in Frage.) (Heimann.)

28. Leclercq, J., et Crépin, A propos du mécanisme de la perforation gangréneuse de l'utérus. Note sur la circulation artérielle de l'utérus. Bull. de la soc. de méd. lég. de Françe. Nr. 5. p. 150—153.

29. Markoff, A., Über die plötzliche Erschlaffung des Uterus bei Abrasionen. Iswestija Nikolajewsk. Univ. w. Saratowe. Bd. 4. Heft 4. p. 239—280. (Russisch.) (Allgemeines auf Grund von vier selbstbeobachteten Fällen.)

30. Martin, A., Der intrauterine Stift. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. Heft 6. (Empfehlung bei Amenorrhoe resp. Oligomenorrhoe, besonders bei infantil entwickeltem Uterus. — Erfahrung an 80 Fällen, grösstenteils mit Erfolg. Technik der Anwendung.)

31. Mauclaire, A., et L. Tissier, Perforation utérine gangréneuse après avortement provoqué. Bull. de la Soc. de méd. lég. de Françe. Nr. 4. p. 95—99. (Ätiologisch kommt nur selten eine infektiöse Metritis in Betracht; meistens ist mechanische oder chemische Verletzung die Ursache. — Mitteilung eines Falles von gangränöser Perforation nach Abortus arteficialis.)

32. Nicholson, Wm. R., A case report illustrating certain dangers in the use of the intrauterine stem. The Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Vol. 70. Nr. 442. p. 608—614. (Heftige Adnexentzündung mit beiderseitiger Exstirpation in der Folge. Der Stift war wegen Sterilität und Dysmenorrhoe eingelegt worden. — Diskussion (p. 651—657) Hirst, Norris, J. G. Clark, Boyd und Chandler.)

33. Opitz, E., Über die Gefahren des Intrauterinstiftes. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 37. p. 1233 bis 1235. (Ein Todesfall, eine schwere Erkrankung danach.) (J. Veit.)

34. Pleschner, H., G., Die traumatischen Verletzungen des Urogenitalapparates. Zeitschrift f. urol. Chir. Bd. 2. Heft 3/4. p. 281—352. (Erschöpfende Zusammenstellung mit grossem Literaturverzeichnis.)

35. Richter, J., Zur Regeneration der Uterusschleimhaut nach Ausschabung. Gyn. Rundschau. Bd. 8. Heft 2. p. 47—73. (Uteri, die irgendwelche entzündliche Veränderungen aufwiesen, wurden von der Untersuchung ausgeschlossen. Die Curettements fanden 1—26 Tage vor der Exstirpation statt. Verf. unterscheidet zwischen sogenannter oberflächlicher und tiefer Abrasio. Zwei Tage nach der Curettage findet sich bei beiden derselbe Befund, die Epithelialisierung ist bei der ersten am fünften, bei der zweiten am neunten Tage zu finden. Natürlich geht die Überhäutung aus vom Epithel, das eventuell zurückgeblieben ist, oder von dem Epithel der Drüsen. Zunächst bildet sich ein richtiges Granulationsgewebe. Verf. vergleicht diese Neubildung der Schleimhaut, derjenigen, die nach einer Geburt oder nach einer Menstruation zu beobachten ist. Untersuchungen an Uteri von Hündinnen, die in gleicher Weise angestellt wurden, ergaben dasselbe Ergebnis wie beim Menschen.) (Heimann.)

36. Rieck, A., Zur Therapie der Amenorrhoe. Ein Wort für den Intrauterinstift. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 30. p. 1061. (Cf. Kapitel „Physiologie und Pathologie der Menstruation.")

37. — Über die Gefahren des Intrauterinstiftes. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 45. p. 1393 bis 1395. (Verf. ist nach wie vor von der Unschädlichkeit der kurzen, glatten, geknöpften metallenen Stifte überzeugt. Als Vorbedingung hierzu bezeichnet Rieck, dass der Stift ärztlicherseits zur Erzielung regelmässiger und genügend starker Perioden eingeführt werde, zweckmässig geformt sei und im Tragen vom Arzte kontrolliert werde.)

38. Schäffer, R., Die aseptische Zubereitung der Laminariastifte. Frauenarzt. Heft 6. (Zwei Verfahren. Erwiderung auf die Arbeit von Sippel, cf. Nr. 39.)

39. Sippel, A., Der Laminariastift als Erweiterungsmittel der Cervix uteri. Frauenarzt. Heft 4. p. 146—152. (Schilderung der Technik, streng steriles Arbeiten nötig, vorzügliches Mittel zur schonenden Erweiterung sowohl bei schwangerem wie nichtschwangerem Organ. Es muss nachgeprüft werden, ob während des Liegens des Stiftes eine Aszension der Keime möglich ist [Amersbach, B. Saraufs), oder ob diese beim Einführen hochgeschoben werden. Einklemmung am inneren Muttermund, Einrutschen in den Zervikalkanal lassen sich vermeiden.) (Heimann.)
40. v. Streit, B., Intrauterinpessar. Niederrhein.-westfäl. Ges. f. Gyn. Sitzg. vom 20. April 1913. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. Heft 3. p. 398—400. (Der Stift hatte ¾ Jahre gelegen und erhebliche Schädigungen an der Portio und Cervix verursacht.)
41. Theodor, P., Bakteriologische Blutuntersuchungen nach Curettagen. Beitr. z. Klin. d. Infektionskrankh. u. z. Immunitätsforsch. Bd. 3. Heft 1/2. p. 337—359. (Bei der Curettage fieberhafter Aborte — 60 Fälle — in 15% Bakteriämie; bei digitaler Ausräumung in 77%. Salpingitis nur in 13,3% der Fälle; Parametritis oder Sepsis nicht beobachtet.)
42. Welton, T., Why the uterus should not be curetted; a substitute for curettage, with a report of 208 cases. Long Island med. Journ. Vol. 8. p. 81. (Gefahren der Curette. Statt dessen Austupfen, eventuell achtstündige Tamponade des Uterus mit 50% Tinct. jodii. Besonders in septischen Fällen empfohlen. In 208 Fällen mit Erfolg angewandt. Die Curette soll nur noch diagnostischen Zwecken dienen.)
43. Wintz, H., Eine neue Fingercurette. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 16. p. 881. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 24. p. 895. (Das Instrument stellt eine Curettenschleife dar, die sich auf einen federnden Ring aufsetzt. Der Curettenring kommt auf die Fingerbeere zu liegen, der Finger kann dann das Uterusinnere unbehindert abtasten.) (Heimann.)
44. Zangemeister, W., Über intrauterine Ätzungen. Therap. Monatsh. März. p. 170 bis 174. (Damit die Flüssigkeit nicht in die Tuben übertritt, muss der Cervixkanal vor, während und nach der Injektion offen gehalten werden. Als Ätzmittel empfiehlt Zangemeister Jodtinktur, Formalin 25%, Karbolsäure 25% [alles alkoholische Lösungen, da hier der Übertritt in die Tuben bzw. die Bauchhöhle viel seltener ist]. Die Technik ist leicht, mit Hilfe eines Cervixrohres, d. h. auf den vorletzten Dilatator, ist ein Röhrchen aufgepasst, das mit dem Dilatator eingeschoben wird, letzterer wird dann herausgezogen und das Medikament verabreicht. Nach der Ätzung wird eventuell ein Drainrohr in den Uterus gelegt.) (Heimann.)

4. Lageveränderungen des Uterus.

a) Allgemeines. Anteflexio.

1. Bainbridge, W. S., The significance of intraabdominal bands, folds and veils. Boston med. and surg. Journ. Nr. 8. p. 261—267. (Wird an anderer Stelle referiert.)
2. Bonney, V., The sustentacular apparatus of the female genital canal, the displacements that result from the yielding of its several components and their appropriate treatment. Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 25. Nr. 5. p. 328—344. (Der Stützapparat kann in drei Gruppen zerlegt werden, eine obere, mittlere und untere. Obere Gruppe: breite Ligamente mit Peritoneum, Lig. ovarico-pelvicum, Lig. ovarico-uterinum, Lig. rotunda, Ovarialgefässe. Mittlere Gruppe: Lig. utero-sacralia und die seitlichen Becken-Cervikalligamente. Untere Gruppe besteht aus der eigentlichen Dammuskulatur [bes. Levator ani] und ihren Faszien. Verf. bespricht dann die Folgen, die aus den Schwächen der einzelnen Gruppen entstehen. Bei der Behandlung kommt es vor allen Dingen darauf an, festzustellen, welche Gruppe infolge ihrer Erschlaffung an der Lageveränderung beteiligt ist. Bei vaginaler Exzision und auch bei Inversion bietet die Ventrifixur keine Vorteile. Bei totalem Prolaps soll keineswegs die Totalexstirpation des Uterus gemacht werden.) (Heimann.)
3. Bracco, G., Über erworbene Lagerungs- und Beschaffenheitsanomalien der Bauchorgane. I. Die Eingeweideverlagerungen bei Frauen. Il Morgagni. Nr. 3—4. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 28. p. 1577. (Wird an anderer Stelle referiert.)

4. Clark, S., Uterus in the hernial sac of an hermaphrodite. The Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 25. Nr. 2. p. 91. (Kasuistisch.)
5. Farrar, S. K. P., Hernia of the uterus and both adnexa. Brief of current Literature. Surg., Gyn. and Obst. Nov. 1913. Ref. Amer. Journ. of Obst. Vol. 69. p. 368. (Heimann.)
6. Leblanc, E., Le pli suspenseur péritonéal génito-mesentérique chez la nouveau-née (plica génito-enterica) son rôle dans les positions paramédianes de l'utérus. Bibliogr. anat. Nr. 3. p. 149—158. (Anatomische Studie.)
7. Neumann, P., Die spitzwinklige Anteflexio uteri und ihre Therapie in der Rostocker Universitäts-Frauenklinik. Inaug.-Diss. Rostock. (Heimann.)
8. Macrez, Tonicité utéro-pelvienne, son exploration, son importance. Presse méd. Nr. 3. p. 28—29. (Methoden zur Feststellung derselben. Therapie.)
9. Scharlieb, M., and C. Lockyer, The best methods of dealing with malpositions of the uterus, especially in reference to retro-displacements and prolapse. The Brit. med. Journ. 1913. Oct. 18. p. 984.
10. Schickele, G., Die operative Behandlung der Lageveränderungen des Uterus. In: Eine Woche Bauchchirurgie. Düsseldorf, Schmitz u. Olbertz. p. 235.

b) Retroflexio uteri.

1. Arndt, H., Eine diagnostisch-therapeutische Beobachtung bei Retroflexio uteri. Med. Klinik. Nr. 8. p. 329. (Zur Unterscheidung der fixierten von der beweglichen Retroflexio soll die Bauchlage dienen, in der die Beschwerden bei fixierter Rückwärtsverlagerung des Uterus bleiben, bei mobiler verschwinden.)
2. Beneke, Totalnekrose der Blasenschleimhaut durch Stase im Plexus vesicovaginalis im Anschluss an eine Retroflexio uteri gravidi. Ver. d. Ärzte in Halle a. S. Sitzg. vom 21. Okt. Ref. Münchn. med. Wochenschr. 1915. Nr. 5. p. 158. (Demonstration, ohne nähere Angaben.)
3. Bergmann, E., Dauerresultate nach der Alexander-Adamsschen Operation bei Retroflexio uteri mobilis an der Jenaer Frauenklinik. Diss. Jena. Juni. (Vom 1. Jan. 1908 bis 31. Dezember 1910 wurden 189 Alexander-Adams ausgeführt, von denen 78 nachuntersucht werden konnten. Bei diesen handelte es sich 31 mal um rein Alexander-Adams, bei den übrigen 47 wurde noch eine Kolporrhaphie angeschlossen. Bei der ersten Gruppe war das orthopädische Resultat 29 mal gut = 93%. Es waren beschwerdefrei 13 = 40%, gebessert 16 = 50%, ungeheilt 3 = 9%. Bei der zweiten Gruppe lag der Uterus 44 mal richtig = 86%; die Plastik hat guten Dauererfolg in 48%. Von diesen Frauen waren beschwerdefrei 31 = 66%, gebessert 14 = 29%, ungeheilt 2 = 4%.)
4. Bonnet, E., Vier Fälle von Geburtsstörungen nach vaginaler Fixation des Uterus. Diss. Greifswald 1913 (Hadstein, Homberg-Rhein). (Die vier Fälle sollen beweisen, dass die Vaginofixation quoad Geburtsstörung die verwerflichste aller Antefixationsmethoden ist.)
5. Buteau, S. H., A new surgical procedure for retrodisplacements of the uterus. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. 1913. Vol. 67. p. 272—288. Pac. med. Journ. 1913. Nr. 9. p. 470. (Verf. betont, dass die sog. Uterus„ligamente“ muskuläre Elemente, auch der Funktion nach sind, und dass sie dieselbe Beurteilung und im Bedarfsfall dieselbe Behandlung wie andere überanstrengte und erschlaffte Muskeln des Körpers verdienen. Bei jeder erworbenen falschen Uteruslage ist nicht nur ein Ligament, sondern sind alle beteiligt, deshalb müssen bei der Korrektur alle in Betracht gezogen werden. — Das Operationsverfahren des Verf. wird im Kapitel „Gynäkologische Operationslehre“ referiert.)
6. Byford, H. T., Operation der Retroversio uteri im Anschluss an Laparotomie. Southern Surg. and Gyn. Assoc. Dec. 16—18. 1913. Atlanta. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 28. p. 859. (Die Lig. rot. werden am inneren Leistenring intraperitoneal gerafft und durch einen Schlitz in der Nähe des Leistenringes durch die Bauchdecken gezogen und extraperitoneal an den Bauchdecken fixiert.) (Heimann.)
7. — Eine interne Alexander-Adamssche Operation. Journ. of the Amer. med. Assoc. Vol. 62. Nr. 26. p. 2023—2025. (Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 42. p. 1338. Das Lig. rot. wird zuerst intraperitoneal an die Parietalserosa genäht und dann durch das Peritoneum gezogen und extraperitoneal an die Bauchwand fixiert.) (Heimann.)

8. Cathala, V., Accouchements dystociques dus a une hystéropexie isthmique. La Gyn. Mai. p. 361—366. (In allen fünf nachfolgenden Schwangerschaften vorzeitiger Blasensprung und fehlerhafte Kindeslage. Bei der letzten Entbindung musste Kaiserschnitt gemacht werden. Ursache der Störungen war die zu tiefe Fixation des Uterus; nicht das Korpus, sondern die Cervix uteri war fixiert worden.)
9. Coughlin, W. T., Removal of strain from the round ligaments while heating after correcting retroversion of the uterus. Surg., Gyn. and Obst. 1913. Nr. 6. p. 712—713.
10. Cuthbertson, Wm., An improved Gilliam operation for uterine displacements. Surg., Gyn. and Obst. Nr. 6. p. 721—725. (Wird im Kapitel „Gynäkologische Operationslehre" referiert.)
11. Flint, A., Retrodisplacements of uterus following confinement. Amer. Journ. of Obst. Vol. 70. p. 1 u. 69. (Die Frauen sollen bei der Entlassung und einen Monat später untersucht werden, hier ist die Korrektur leicht vorzunehmen mit Aussicht auf guten Erfolg.) (Heimann.)
12. Frattin, G., La isteropessia addominale nei difetti di posizione dell' utero. Riv. veneta. 1913. Vol. 59. Nr. 11. p. 503—524. (15 Fälle, davon 10mal bei Retroflexio, 5mal bei Anteversion. Gute Resultate.)
13. Gayler, W. C., Die Rückenlage im Puerperium als Ursache der Retroversio uteri. Journ. of the Amer. med. Assoc. Vol. 62. Nr. 8. p. 607—608. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 23. p. 858. (Die meisten Retrodeviationen entstehen im Wochenbett, da die Lig. rot. vorübergehend geschwächt sind und andere Stützen für den schweren und beweglichen Uterus fehlen. Verf. empfiehlt, wenn der Lochialfluss nicht gestört wird, abwechselnd Seiten- und Bauchlage.) (Heimann.)
14. Gérard, De la laparotomie dans la rétroversion irréductible de l'utérus gravide. Thèse de Lyon. 1913. Nr. 106. (107 Seiten.)
15. Giles, A. E., Pessaries versus operations in the treatment of uterine displacements. Clin. Journ. 1913. Vol. 42. Nr. 38. p. 597—600. (Indikationen für beide Behandlungsmethoden. Eigene Erfahrungen an 509 operierten Fällen. Heilung der Verlagerung in 96%, Besserung des Allgemeinbefindens in 90%. Nach 64 Geburten trat nur bei 3% Rezidiv ein.)
16. Goldsborough, F. C., Retrodeviation of the uterus in the puerperium and in nulliparous women. Sect. of Gyn. and Obst. of the Med. Soc. New York. April 28. Ref. Amer. Journ. of Obst. a. Dis. of Wom. a. Childr. Vol. 70. p. 87. Med. Record. Vol. 85. Nr. 19. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 42. p. 1238. (Die Retrodeviationen finden sich meist erst im Spätwochenbett. Bei Befund im Frühwochenbett Pessar. Bei Nulliparen ist eine Retroversio belanglos.) (Heimann.)
17. Harris, S. H., A consideration of the effects on labour of ventrofixation of the uterus. With report of two cases of dystocia. Australasian Med. Gaz. 1913. Vol. 35. Nr. 4. p. 61—64. (Wird im Kapitel „Pathologie der Geburt" referiert.)
18. Hecke, E., Geburtsstörungen nach Ventrifixur und Vaginifixur. Diss. Breslau 1913. Breslauer Genossenschaftsdruckerei. (Es ist nicht in allen Fällen der Operation die Schuld an den aufgetretenen Geburtskomplikationen zuzumessen. Verf. plädiert für das Vorgehen der Breslauer Klinik: Operation nach Alexander-Adams bei mobiler Retroflexio in gebärfähigem Alter; Laparotomie und Alexander-Adams bei fixierter Retroflexio; Ventrofixur nur im Klimakterium.)
19. Herrgott, A., Vomissements incoercibles et rétroversion de l'utérus gravide. Journ. de méd. de Paris. 1913. Nr. 49. Op. 958--960. (Ein Fall, mittelst Pessar geheilt.)
20. Herz, K., Über die Dauerresultate der Alexander-Adamsschen Operation. Diss. Heidelberg 1913. Wiener klin. Rundschau. Nr. 3. p. 23—27. (Dauerresultate von 151 Fällen der Heidelberger Klinik, von denen 138 nachuntersucht wurden. In 98% war der Erfolg tadellos bezüglich der Lagekorrektur. Als Vorfalloperation allein oder mit einer Plastik war sie in 92% erfolgreich. Hier beruht der Effekt vornehmlich auf einer guten Plastik. Postoperative Hernien wurden bei drei Kranken, d. i. 1,9% gefunden. Als lagekorrigierende Operation hat sich das Verfahren sehr gut bewährt.) (Heimann.)
21. Holden, F. C., Ursachen des Misserfolges der Retropositionsoperation des Uterus. Journ. of the Amer. med. Assoc. Vol. 63. Nr. 7. p. 541.
22. Jaschke, R. Th., Zur Wertung und Behandlung der Retroflexio uteri und ihrer häufigsten Komplikationen. Wiener klin. Rundschau. 1913. Nr. 38. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 14. p. 531. (Die meisten Beschwerden sind psychoneurotisch. Sind Komplikationen

da, so muss eine Korrektur stattfinden, bei Fixation muss operiert werden; der beste Weg ist abdominal; vaginal nur bei Vorhandensein von grossen Cystocelen.) (Heimann.)

23. Jennissen, J. A. M. J., Baringsstoornissen na ventrofixatio. (Geburtsstörungen nach Ventrofixation.) Geneesk. Tijdschr. v. Nederl.-Indië. 1913. Bd. 53. Heft 4. p. 607 bis 614. (Holländisch.) (Wird im Kapitel „Pathologie der Geburt" referiert.)

24. Jung, Ph., Behandlung der Inkarzeration des schwangeren Uterus. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 14. p. 681—683. (Wird im Kapitel „Pathologie der Gravidität" referiert.)

25. Kosmak, G. W., The effect on subsequent labors of operations for uterine displacements. Sect. of Gyn. and Obst. of the Med. Soc. New York. April 28. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Vol. 20. p. 89. Med. Record. Bd. 85. Nr. 19. (Im gebärfähigen Alter soll man sich auf Ligamentfaltungen beschränken.) (Heimann.)

26. Küster, H., Über Geburt nach operativer Antefixation. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. Nr. 2. p. 168—180. (Wird im Kapitel „Pathologie der Geburt" referiert.)

27. Landeker, A., Fortschritte und Erfolge der manuellen gynäkologischen Massage nach Thure Brandt-Ziegenspeck. Zeitschr. f. physik. u. diät. Therap. Bd. 18. Heft 2. p. 91—101. (Retroflexionen des Uterus, die durch Operation nicht einmal gebessert werden, werden durch diese Behandlung geheilt.)

28. Lazerges, P., Contribution à l'étude de l'hystéropexie ligamentaire dans ses rapports avec la puerpéralité et le post-partum. Thèse de Toulouse. 1913. Nr. 57. (80 Seiten.)

29. Leuret, E., A propos d'une fixation de l'utérus. Soc. de chir. de Paris. Séance du 10 Juillet. Ref. La Presse méd. Nr. 59. p. 570. (Bei einer Patientin bestand nach einer Uterusfixationsoperation eine Fistel, aus der sich zur Zeit der Regel Blut entleerte. Bei der Reoperation stellte es sich heraus, dass der Uterus mit einer Tube fixiert worden war; ausserdem war eine Kompresse im Bauch zurückgelassen worden. (Heimann.)

30. Liebl, Beckenhochlagerung bei Reposition des retroflektierten Uterus. Zentralbl. f. Gyn. 1913. Nr. 40. p. 1471—1472. (Warme Empfehlung.)

31. Maresch, R., Rezidiv nach Ventrofixation. Geb.-gyn. Ges. in Wien, 20. Jan. Ref. Wiener med. Wochenschr. Nr. 34. p. 1952. (Ein 6 cm langer bleistiftdicker Muskelstrang lief vom Fixationspunkt über der Symphyse zu dem wieder zurückgesunkenen Uterus durch das kleine Becken hindurch.) (Heimann.)

32. Neill, Th. E., Behandlung der Rückwärtslagerung der Gebärmutter bei schwangeren und nichtschwangeren Frauen. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Vol. 69. Nr. 1. p. 118—124. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 20. p. 752. (Bei Schwangerschaft operative Behandlung nur bei inkarzerierter oder fixierter Retroflexio, sonst Pessarbehandlung. Bei nichtschwangeren Frauen Operation nach Baldy-Webster [Verkürzung des Lig. rot. durch Durchziehen durch eine Lücke im Lig. lat. und Fixieren der Schlinge an der hinteren Korpuswand].) (Heimann.)

33. Polk, W. M., Behandlung der Rückwärtsverlagerungen des Uterus. Med. Record. Bd. 85. Nr. 6. p. 231—232. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 20. p. 752. (Pessartherapie, bei fixierter Retroflexion kombiniert mit hinterer Kolpotomie, eventuell eine von ihm angegebene Operation.) (Heimann.)

34. Rapin, O. J., Retroflexio uteri gravidi. Revue méd. de la Suisse Romande. Année 34. p. 462.

35. Reynolds, E., Forward fixation of the cervix as a predisposing cause of some retrodeviations of the uterus and a operation for its release. Amer. Gyn. Soc. May. Ref. The Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Vol. 20. p. 42. (Heimann.)

36. Rindfleisch, W., Eine abdominelle Operationsmethode bei Retroflexio uteri. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 29. p. 1019—1021. (Das Peritoneum der Lig. rotunda wird an einer Stelle gespalten, die Ligg. stark herausgezogen und möglichst weit nach dem Uterus hin abgeschnitten. Dieselben werden dann an der Rückseite des Uterus eingepflanzt. Rindfleisch hat die Operation bis jetzt in sechs Fällen mit Erfolg ausgeführt. — Vier schematische Abbildungen.)

37. Rouhier, G., Les hystéropexies actuelles et le lieu d'élection pour le passage intrapariétal des ligaments ronds dans l'opération de Doléris. Revue de gyn. et de chir. abd. Nr. 2. p. 81—102. (Siehe beim Kapitel: „Gynäkologische Operationslehre".)

38. Schlichting, R. F., Schwangerschaft bei fixierter Retroflexio uteri kompliziert durch Wurmfortsatzentzündung. Deutsche militärärztl. Zeitschr. Heft 7. p. 259—261. (Wird im Kapitel „Pathologie der Gravidität" referiert.)

39. Schmitz, H., A modification of Websters endoperitoneal shortening of the round ligaments. Surg., Gyn. and Obst. 1913. Vol. 17. Nr. 5. p. 628—629. (Siehe beim Kap. „Gynäkologische Operationslehre.")

40. Schmitz-Pfeiffer, H., Rückblick über eine 25jährige Erfahrung mit der Alexander-Adamsschen Operation 1887—1912. v. Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 92. Heft 4.

41. Schokaert, R., Psicopatie di origine genitale. Ginec. moderna. 1913. p. 24—37. Revue mens. de gyn., d'obst. et de péd. 1913. Nr. 6. p. 373—388. (In drei Fällen bestand Retroflexio-versio uteri und nach Alexander-Adamsscher Operation war die Psychose bald geheilt. Im vierten Falle trat Heilung ein nach Behandlung der Metritis, Endometritis und der Erosionen. — Psychosen können reflektorisch durch Reizung des Sympathikus oder innerer Sekretion bzw. Intoxikation aus den Sexualdrüsen verursacht werden. Jede psychische Patientin soll gynäkologisch untersucht werden.)

42. Semon, M., Myom und Gravidität bei Retroflexio uteri. Nordostdeutsche Ges. f. Gyn. Sitzg. vom 29. Nov. 1913. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. Heft 2. p. 255. (Reposition nicht möglich, daher Laparotomie, Tumor breit mit dem Uterus verbunden, supravaginale Amputation.) (Heimann.)

43. Teleky, D., Intermittierende Reizblase bei Retroflexio uteri. Zeitschr. f. Urol. Bd. 8. Heft 11. (Die Beschwerden traten als prämenstruelle auf. Zugleich wurde kystoskopisch eine akute Cystitis des Trigonums festgestellt, die nach einigen Tagen mit den Reizsymptomen abgeklungen war. Die angeborene Retroflexion [der Nulliparen] prädisponiert in höherem Grade zur Störung als die erworbene, puerperale. Mitteilung von sechs einschlägigen Fällen.)

44. van Teutem, E. A., Geeft de retroflexio uteri verschijnselen? (Macht die Retroflexio uteri Symptome?) Nederl. Maandschr. v. verlosk., vrouwenz. en kindergeneesk. 1913. Nr. 10. p. 611—634. (Holländisch.) (Besonders für die Unfallversicherung von Wichtigkeit. Auszug aus der im vorigen Jahrgang in diesem Kapitel — Nr. 33 — referierten Dissertation.)

45. — Therapie van de retroflexio uteri. Nederl. Maandschr. v. verlosk., vrouwenz. en kindergeneesk. Nr. 1. p. 1—18. (Holländisch.) Auszug aus der im vorigen Jahrgange dieses Jahresberichts in diesem Kapitel — Nr. 33 — referierten Dissertation.)

46. — Retroflexio uteri gravidi. Nederl. Maandschr. v. verlosk., vrouwenz. en kindergeneesk. Nr. 10. p. 630—636. (Holländisch.) (An der Leidener Frauenklinik — v. d. Hoeven — kamen Juli 1903 bis Juli 1912 1364 Frauen mit Rückwärtsverlagerungen der Gebärmutter zur Beobachtung. Davon waren 87 schwanger, also 1 : 15. Die Beschwerden werden nach Eintritt einer Schwangerschaft geringer, weil die Torsion der breiten Bänder abnimmt. Gefahr für Abortus bleibt bestehen bis Anfang des vierten Monats, ist aber am grössten im zweiten und am Anfang des dritten Monats. Einklemmung wurde nur einmal beobachtet. Es soll immer sofort nach Feststellung der Diagnose die Reposition des Uterus vorgenommen und bis zum fünften Monat ein Pessar eingelegt werden. Es kamen dabei niemals Schwierigkeiten vor. Von 45 Fällen ist der Ausgang der Schwangerschaft bekannt: sechs Frauen abortierten, die übrigen wurden zur richtigen Zeit entbunden. Im Vergleich zu nichtbehandelten Fällen ist also ein Erfolg der Reposition zu konstatieren.)

47. Thomson, H., Bedeckung der Stümpfe nach Entfernung von Adnextumoren mittelst der runden Mutterbänder mit gleichzeitiger Fixation der Gebärmutter. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 52. p. 1513—1514. (Ergibt sich aus der Überschrift.)

48. Verdonck, A., Over pessarenbehandeling. Geneesk. Tijdschr. v. België. Nr. 7. p. 117. (Holländisch.)

49. Wade, H. A., End-results after operation in one hundred and nine cases of displacement of uterus bladder and rectum. The Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Vol. 70. Nr. 5. Ref. The Journ. of Amer. med. Assoc. Vol. 63. Nr. 23. p. 2070. (Heimann.)

50. Worrall, R., Die Behandlung der Rückwärtsverlagerung der Gebärmutter. Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 25. Nr. 5. p. 277—281. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 42. p. 1238. (Pessarbehandlung wird verworfen. Operativ: Alexan-

der-Adams oder Ventrofixation. Bei letzterer Operation darf die Naht nie an der vorderen Uteruswand angelegt werden. Unter 334 Ventrifixuren ein sekundärer Todesfall und fünf Rezidive.) (Heimann.)

In der **Ätiologie** der Retroflexio uteri spielt die Erschlaffung des gesamten peritonealen, muskulären und ligamentären Stutzapparates der Genitalorgane eine wichtige Rolle. Diesbezügliche Arbeiten von Bainbridge (1), Bonney (2), Bracco (3), Leblanc (6) und Macrez (8) sind unter a) „Allgemeines" erwähnt. Buteau (5) betont, dass die sogenannten Uterus„ligamente" auch der Funktion nach muskuläre Elemente sind und deshalb dieselbe Beurteilung wie andere überanstrengte und erschlaffte Muskeln des Körpers verdienen. Bei jeder erworbenen falschen Uteruslage ist auch nicht nur ein Ligament, sondern sind alle beteiligt; deshalb müssen bei der Korrektur alle in Betracht gezogen werden. Reynolds (35) hebt die Bedeutung einer Fixation der Cervix nach vorne als prädisponierende Ursache für die Entstehung einiger Reflexionen hervor und gibt eine Operation zur Lageverbesserung in solchen Fällen an. Der **Einfluss des Wochenbettes,** insbesondere der dauernden Rückenlage während dieser Zeit auf die Verlagerung der Gebärmutter, kommt in den Arbeiten von Flint (11), Gayler (13) und Goldsborough (16) zur Sprache, welche Autoren zugleich die Mittel angeben, die Entstehung dieser Abnormalität im Puerperium möglichst zu verhindern.

Zur **Symptomatologie** der Retroflexio uteri sei auf die Publikationen von Jaschke (22), Schokaert (41; Psychosen durch Retroflexio-Operationen geheilt), Teleky (43) und van Teutem (44 bis 46) hingewiesen.

Arndt (1) und Jaschke (22) teilen Beobachtungen mit, die zur Erleichterung der Differentialdiagnose zwischen **fixierter und beweglicher Retroflexio** dienen können.

Störungen in der Schwangerschaft durch Rückwärtsverlagerung der Gebärmutter sind auch in diesem Jahre wiederholt beschrieben. **Inkarzeration** des schwangern Uterus wurde von Gérard (14), Jung (24), Neill (32), Rapin (34) und van Teutem (46) beobachtet. Schlichting (38) sah die Retroflexio uteri gravidi noch kompliziert mit Wurmfortsatzentzündung, Semon (42) mit einem Myom, weswegen er die supravaginale Amputation machen musste. Beneke (2) demonstrierte einen Fall von Totalnekrose der Blasenschleimhaut durch Stase im Plexus vesicovaginalis im Anschluss an eine Retroflexio uteri gravidi. Herrgott (19) heilte in einem Falle **unstillbares Erbrechen** durch Pessarbehandlung des retrovertierten schwangeren Uterus. v. Teutem (46) bringt durch statistische Angaben den Beweis für die guten **Erfolge der frühzeitigen Reposition** der retroflektierten graviden Gebärmutter. Weiteres zu diesem Thema siehe man nach im Kapitel „Pathologie der Schwangerschaft".

Über die **orthopädische,** insbesondere die **Pessarbehandlung** der Retroflexionen, sowie über die Indikationsstellung zu dieser Therapie, haben Giles (15), Jaschke (22), Landeker (27; Empfehlung der Massage nach Thuré Brandt-Ziegenspeck), Liebl (30), Neill (32), Polk (33), van Teutem (45), Verdonck (48) und Worrall (50) Erfahrungen mitgeteilt. Letzterer verwirft die Pessarbehandlung.

Von den bekannten **Retroflexionsoperationen** werden vielerseits Resultate und Erfahrungen veröffentlicht.

Die **Indikationen** zur Operation und die **Wahl der Methode** kommen in den Arbeiten von Giles (15), Hecke (18), Jaschke (22), Kosmak (25), Neill (32), Polk (33), v. Teutem (45) und Wade (49) zur Besprechung. **Technisches** siehe im Kapitel „Gynäkologische Operationslehre".

Zur Feststellung der Dauerresultate der **Operation nach Alexander-Adams** hat Bergmann (3) 78 und Herz (20) 138 Operierte nachuntersucht. Das Ergebnis dieser Nachforschungen wurde in Dissertationen (Jena, resp. Heidelberg) niedergelegt. Schmitz-Pfeiffer (40) gibt einen Rückblick über eine 25 jährige Erfahrung mit der Alexander-Adamsschen Operation. Byford (6) beschreibt eine „interne" Modifikation dieser Operation im Anschluss an eine Laparotomie, Coughlin (9) bespricht die Erschlaffung der Ligg. rotunda nach Lagekorrektur des Uterus.

Das operative **Antefixationsverfahren nach Baldy-Webster** wird von Neill (32) und Schmitz (39) empfohlen resp. modifiziert; die **Operation nach Gilliam** von Cuthbertson (10), nach **Doléris** von Rouhier (37) besprochen.

Worrall (50) teilt seine Erfahrungen mit an 334 **Ventrifixuren.** Es trat nur in 5 Fällen Rezidiv ein. Auch Maresch (31) beschreibt einen Rezidivfall nach derselben Operation. Von grösster Wichtigkeit ist der **Einfluss der Ventrofixation auf eine nachfolgende**

Schwangerschaft und Geburt. Dieser Einfluss kommt in den Arbeiten von Harris (17), Kosmak [25), Küster (26) und Lazerges (28) zur eingehenden Besprechung. Geburtsstörungen nach Ventrofixation werden u. a. von Harris (17), Hecke (18); Dissertation), Jennissen (23) und Lazerges (28); Dissertation) beschrieben. Siehe weiter zu diesem Thema auch das Kapitel „Pathologie der Geburt".

Bonnet (4; Dissertation) beschreibt 4 Fälle von Geburtsstörung nach **vaginaler Fixation des Uterus.** Nach Jaschke (22) kommt diese Operation nur beim Vorhandensein von grossen Cystocelen in Betracht.

Buteau (5), Polk (33) und Rindfleisch (36) geben **eigene Operationsverfahren** an.

c) Prolapsus uteri.

1. Abadie, J., Du traitement des prolapsus génitaux par la bascule antérieure de l'utérus avec suture des ligaments ronds aux releveurs de l'anus. Arch. prov. de chir. 1913. Nr. 5. p. 277—283.
2. Abramowitsch, F. W., Vernähung der vorderen und hinteren Vaginalwand als Operationsmethode bei Prolaps. Fünfter Kongr. russ. Geb. u. Gyn. in Charkow, 28. bis 30. Dez. 1913. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. Heft 4. p. 588. (Bei 100 älteren Frauen gute Resultate, wenn nur die Heilung per primam erfolgt.)
3. Beuttner, O., Anatomie, étiologie et traitement du prolapsus utérin. Soc. d'obst. et de gyn. de la Suisse romande. Séance du 16 Janv. 1913. Ref. Gyn. Helvet. 1913. Herbstausgabe. p. 222—224. (Allgemeines.)
4. — Observations de malades se rapportant au prolapsus utérin. Soc. d'obst. et de gyn. de la Suisse romande. Séance du 1 Mai 1913. Ref. Gyn. Helvet. 1913. Herbstausgabe. p. 230—236. (Kasuistische Mitteilung von einigen Fällen, in denen der Prolaps mit Blasenscheidenfistel, Scheidenkarzinom und Fehlen des Uterus — früher operativ entfernt — kompliziert war.)
5. Boldt, H. J., Vaginal fixation, interposition for prolapsus uteri. New York Acad. of Med. Meeting on Febr. 24. Ref. The Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Vol. 69. Nr. 5. p. 860—863. (Operationstechnik.)
6. Bonney, V., The sustentacular apparatus of the female genital canal. The displacements that result from the yielding of its several components and their appropriate treatment. Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 25. Nr. 5. p. 328—344. (Bonney will den Begriff Vorfall und Senkung des Uterus gestrichen sehen. Er verlangt bei der Behandlung strenges Individualisieren. Die Uterusexstirpation ist zu verwerfen. Auch die Ventrofixation hält er für falsch bei „vaginaler Eversion". Die Wiederherstellung des Beckenbodens ist die Hauptsache; Fehler im Haftapparat muss man an diesem heilen. — Mit sieben Diagrammen.) (J. Veit.)
7. de Bovis, R., Incontinences d'urine, prolapsus génitaux et opération de Wertheim. La Sem. méd. Année 34. Nr. 23. p. 265—267. (Besprechung der verschiedenen Operationsmethoden.)
8. Brandt, Kr., Genitalprolaps. Tidskr. f. d. norske laegeforening. Heft 13. p. 879. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 23. p. 859. (Verf. macht bei schweren Fällen die Interpositio vesico-vaginalis nach Schauta, bei leichten die Kolpoperineorrhaphie. Die querverlaufende Levatornaht findet Verf. unnötig. Operiert wurden 57 Fälle nach Schauta. 75,4% ausgezeichneten Erfolg, 17,5% Besserung, 3,4% Rezidiv. Sieben Frauen starben, vielleicht an Embolie.) (Heimann.)
9. Brettauer, J., Vaginal hysterectomy after interposition. New York Obst. Soc. Meeting on Nov. 18. 1913. Ref. The Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Vol. 69. Nr. 2. p. 352—354. (Schwierige Operation, völlig extraperitoneal. Die Blase wurde an die Cervix genäht und die ganze Oberfläche mit fortlaufenden Nähten in zwei Schichten verschlossen.) (Heimann.)
10. Carnelli, R., Sullo cura del prolasso dell' utero coll' operazione di Schauta-Wertheim. La Ginec. Nr. 24. p. 737—752. (Erfahrung an 14 Fällen. Gute Resultate. Nur ein Rezidiv. Bei diesem Falle war die Kolpoperineorrhaphie nicht ausgeführt worden. Beschreibung der Technik. Literatur.)
11. Clauss, E., Über Dauererfolge der Schauta-Wertheimschen Prolapsoperation. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 46. (Bericht über 62 Fälle aus der Prochownikschen Klinik in Hamburg. Referat im Kapitel „Vagina und Vulva".)

12. Doldi, M., Ein neuer einfacher Retentionsapparat bei Senkung und Vorfall des Uterus und der Scheidenwände. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 18. p. 990—991. (Es handelt sich um Gummikugeln, die Verf. in verschiedener Grösse, je nach dem Fall, einlegt. Grössenverhältnis zwischen 50 und 70 mm. Die Kugeln, die in 2%iger Borsäurelösung liegen, werden mit der Hand oder einer Zange eingeführt. Genaue Kontrolle wie bei der Pessarbehandlung. — Bemerkung zu diesem Artikel cf. Schindler, Nr. 44.) (Heimann.)

12a. Ernst, N. P., Th. Landaus Prolapsoperation. Ges. f. Gyn. u. Obst. Kopenhagen. 3. Dez. 1913. Ref. Ugeskr. f. Laeger. p. 1880—1883. Disk. p. 1884. (Zwei eigene Fälle. Ernst zieht Landaus Operation der Schauta-Wertheimschen vor, speziell mit Rücksicht auf Karzinom. Kaarsberg meint, dass es leicht sein muss, einen Uterus, der nach Schauta fixiert ist, vaginal zu exstirpieren. Leopold Meyer bemerkt, dass nach Schauta-Westermarks Operation es schwierig sein muss, die Diagnose Cancer corporis zu stellen. Hartmann hat ohne Schwierigkeit einen Uterus mit Korpuskarzinom per laparotomiam exstirpiert, wo einige Jahre vorher Schauta-Westermarks Operation ausgeführt war.) (O. Horn.)

13. Fain, M., Über Ätiologie und Therapie des Prolapsus uteri. Inaug.-Diss. München 1913. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 20. p. 752. (Verf. berichtet über 255 Fälle. Ätiologisch legt er Wert auf Insuffizienz des muskulären Stützapparates. Therapeutisch empfiehlt er die Levatornaht.) (Heimann.)

14. Fikentscher, A., Über die Erfolge der Ventrifixur und Vaginifixur beim Genitalprolaps. Inaug.-Diss. Strassburg. Jan. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 23. p. 857. (In 34 Fällen von Ventrifixur nach 2—11 Jahren 59,1% Dauererfolge, in 33 Fällen von Vaginifixur 69,6% Dauererfolge.) (Heimann.)

15. Frattin, G., Nuovo contributo alla cura operativa del prolasso dell' utero. Gazz. d. osp. e d. clin. Vol. 35. Nr. 56. p. 585. (Wird im Kapitel: „Gynäkologische Operationslehre" referiert.)

16. Gosty, R., The etiological factors entering into the creation of extreme procidentia with rectocele and cystocele and the operation of repair. Sect. of Gyn. and Obst. of the med. Soc. New York. April 28. Ref. The Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women Childr. Vol. 70. p. 70. (Heimann.)

17. Gray, F. D., Das Problem der grossen Beckenhernie beim Weibe. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Vol. 69. Heft 2. p. 309—316. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 23. p. 857. (Obiger Ausdruck für Genitalprolaps. Verfs. Verfahren: Laparotomie, Eröffnung der Plica vesico-uterina, Abschieben der Blase bis zum Scheidenansatz. Blase wird auf den Fundus uteri genäht, Lig. rot. werden nach Gilliam verkürzt, darauf Scheiden-Dammplastik, eine vordere Kolporrhaphie ist überflüssig.) (Heimann.)

18. Green-Armytage, V. B., The use and abuse of pessaries; a clinical lecture. Indian med. Gaz. Nr. 2. p. 53—55. (Allgemeines über die Anwendung und Art der anzuwendenden Pessare.)

19. Hadden, D., Anatomy of the female pelvis and its bearing on procidentia. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Vol. 69. Nr. 2. p. 316—322. (Anatomen und Gynäkologen stehen nicht auf demselben Standpunkt betreffs der Anatomie des Beckens [Faszien und Muskeln], letztere sehen nicht mehr die normalen Verhältnisse bei ihren Operationen. Gute anatomische Schilderungen.) (Heimann.)

20. Hartmann, J. P., Behandling af Genitalprolaps med Pessar. (Behandlung des Genitalprolaps durch Pessar.) Vortr. in der Med. Ges. Kopenhagen, 14. Okt. 1913. Ref. Ugeskr. f. Laeger. p. 191—216. (Hartmann will für Operationen ungeeignete Fälle mit Rosenfelds oder Menges Pessar behandeln.) (O. Horn.)

21. Jacobs, Ch., Le prolapsus génital. Soc. Belge de gyn. et d'obst. Séance du 3 Janv. Ref. Bull. de la Soc. Belge de gyn. et d'obst. Tome 24. Nr. 8. p. 400—415. Revue mens. de gyn. d'obst. et de péd. Nr. 6. p. 399. (Wiedergabe der Martinschen Ideen, mit denen Vortr. sich vollkommen vereinigen kann. Siehe auch das nächste Referat.)

22. — Le prolapsus génital. Journ. Belge de gyn. et d'obst. Nr. 2. p. 116—129. (Zwei Arten werden unterschieden: 1. die auf einem Defekt der Halteapparate beruhen, 2. diejenigen, die auf einen Defekt in den Stützapparaten zurückzuführen sind. Die Rektocele muss gesondert betrachtet werden, sie beruht auf einer Schwäche der Rektovaginalwand. Eine Schwäche des Suspensionsapparates dokumentiert sich 1. in einem Prolaps der Blase, Cystocele, 2. einer Hernie der Excavatio vesicouterina, 3. Senkung und Prolaps des Uterus, schliesslich in einer Hernie in der Excavatio rectouterina.

Ein Defekt im Stützapparat hat zur Folge, 1. Prolaps der hinteren Vaginalwand, 2. Verlängerung des Halsteiles [Elongatio colli], 3. Sekundärprolaps der Blase und des Uterus. Die pathologisch-anatomischen Zustände, ebenso wie die Operationen werden an 35 guten Bildern auf 6 Tafeln demonstriert. Bei den Operationen muss der Hauptwert auf eine Wiederherstellung der faszialen Gebilde, sowohl der Stütz- wie der Halteapparate gelegt werden.) (Heimann.)

23. Jellett, H., Relation of theory and practice in operative treatment of genital prolapse. Dublin Journ. of med. Science. Vol. 3. Nr. 513. p. 161.

24. Lenormant, Ch. et D. Petit-Dutaillis, Indications et résultats de l'opération de Bouilly. Amputation haute du col et colpectomie dans les prolapsus génitaux. La Gyn. 18. Jg. Nr. 4. Avril. p. 241—255. (Jede Prolapsoperation muss den Zweck haben, den Damm wieder herzustellen und die Vagina zu verengern; daneben den Uterus in guter Lage zu fixieren. Drei Operationsmethoden: 1. Colporrhaphia anterior, Dolérissche Ventrifixur, 2. vaginale Hysterektomie mit Scheiden- und Dammplastik, 3. Portioamputation mit Scheiden- und Dammplastik. Indikationen für diese Operation: Hypertrophie der Cervix und Metritis, ferner Hypertrophie der Portio, eventuell Erosion. Die hohe Amputation beseitigt die hypertrophischen oder infizierten Teile des Uterus und vermindert die Länge und das Gewicht desselben, ferner beinflusst sie die Involution. Die Kolpektomie der vorderen Wand beseitigt die Cystocele. schliesslich hat die Kolpoperineorrhaphie zur Aufgabe, die Rektocele zu beseitigen, die Vagina zu verengern, die Vulva zu schliessen, den Genitaltrakt zu stützen. Man tut gut, vor der Operation den Uterus zu curettieren. Komplikationen der Operation: Blasenverletzungen, Eröffnung des hinteren Douglas, Blutungen. 4 Frauen von 15 konnten nachuntersucht werden [10 Monate, ein Jahr und 8½ Jahr post op.]. Das Resultat war gut.) (Heimann.)

25. Lewis, H. F., The influence of spina bifida on prolapse of the genitalia. Illinois med. Journ. 1913. Vol. 23. Nr. 1. p. 56—58.

26. Lockyer, C., Genital prolapse. Practitioner. 1913. Vol. 91. Nr. 6. p. 755—772. Med. Times. Vol. 42. Nr. 5. p. 139—143. (Indikationen der Pessarbehandlung und der operativen Therapie. Für letztere wird ein eigenes Verfahren angegeben.)

27. Mamourian, M., The radical cure of procidentia uteri in elderly women. The Brit. med. Journ. Nr. 2772. p. 367. (Abrasio, Amputatio cervicis, vordere resp. hintere Kolporrhaphie.)

28. v. Maresch, R., Demonstration von Präparaten. Wiener geb.-gyn. Ges. Sitzg. vom 20. Jan. Ref. Wiener med. Wochenschr. p. 1952. (Senile Atrophie, Rezidiv nach Ventrofixation und Interposition.) (J. Veit.)

29. Martin, E., Demonstration eines Prolapsbeckens. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin. Sitzg. vom 11. Juli 1913. Ref. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 75. Heft 3. p. 749—758. (Das Präparat — Prolapsbecken einer älteren Frau, welche geboren hatte, in dem der Beckenboden präpariert worden ist — ist der Typus eines primären Uterusprolaps und wird — auch im Referat — ganz genau beschrieben.)

30. — Der Genitalprolaps. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. Heft 1. p. 96—109. (Kritische Besprechung der auf diesem Gebiete seit September 1912 erschienenen Arbeiten.)

31. Martin, R., La prophylaxie du prolapsus utérin. Soc. d'obst. et de gyn. de la Suisse romande. Séance du 1 Mai 1913. Ref. Gyn. Helvet. 1913. Herbstausgabe. p. 226—230. (Allgemeines. Nichts wesentlich Neues.)

32. Mayerhofer, E., Demonstration eines Säuglings mit angeborenem Uterusprolaps. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. zu Wien. Sitzg. vom 5. März. Ref. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 18. p. 858. (Das Kind hat ausserdem eine Spina bifida, einen Lückenschädel mit Pseudofontanellenbildung, Lähmung der unteren Extremitäten, Missbildungen der Beine und allgemeine Schwäche der Beckenmuskulatur. Sechs Fälle sind bisher in der Literatur beschrieben.) (Heimann.)

33. Nádory, B., Fascia lata-Implantation zur Heilung des weiblichen Genitalprolapses. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 12. p. 440—443. (Der Faszienstreifen ist 25 cm lang und 1,5 cm breit, er wird in sterile Gaze eingehüllt und in warmem sterilen Wasser aufgehoben. Nach der Colporrhaphia ant. wird der Streifen implantiert, indem dieser von der Raphe des Dammes subkutan unter den kleinen Labien bis zum Bulbus urethrae geführt wird, hier Vereinigung, Resultat gut. Verf. schlägt vor, eventuell die Faszienenden an der hinteren Fläche der Symphyse hinaufzuschieben und oben zusammenzunähen, der Streifen bildet dann eine geschlossene 8.) (Heimann.)

34. Nicol, D., Über die Dauererfolge der Prolapsoperationen. Diss. in Erlangen 1913.
35. Novak, E., The surgical treatment of complete prolapse of the uterus. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 19. Nr. 3. p. 412.
36. Nyulasy, A. J., Looping the cardinal ligaments in uterine prolapse. Ann. of Surg. Nr. 4. p. 621—627. (Operationstechnik. Erfahrung an fünf Fällen, aber erst seit ½ Jahr.)
37. Oberndorfer, S., Alte Druckusur und Perforation des Blasenhalses durch ein Vaginalpessar nach Thomas. Gyn. Ges. in München. Sitzg. vom 18. Juni. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 32. p. 1792. (Ein Fragment des Pessars lag frei im Blasenhals. Kein Harnabgang durch die Vesiko-Vaginalfistel. Chronisch-eitrige Cystitis.)
38. Oliva, L. A., Technische Modifikationen der Vaginalhysterektomie bei Prolaps. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 50. (Wird im Kapitel „Gynäkologische Operationslehre" referiert.)
39. Parsamoff, O., Über die operative Behandlung von Vaginal- und Uterusprolapsen nach Bumm. 5. Kongr. russ. Geb. u. Gyn. in Charkow. 28.—30. Dez. 1913. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. Heft 4. p. 588.
40. Pauchet, V., Traitement chirurgical du prolapsus de l'utérus et des parois vaginales. La Clin. 1913. Nr. 28. p. 439—441.
41. Polak, J. O., A study of the end-results in interposition of the uterus. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 19. Nr. 4. p. 500.
42. Potherat, G., Prolapsus de l'utérus. Revue internat. de méd. et de chir. 1913. Nr. 12. p. 183—187. (Zusammenfassende Besprechung.)
42a. Ribbius, Das Keulenpessar von Menge. Ned. Gyn. Ver. 30. Okt. 1913. Ned. Tijdschr. v. Verl. en Gyn. 24. Jahrg. (In vier Fällen mit gutem Erfolg versucht, wo andere Pessare im Stich gelassen. Diskussion: Kouwer hat Beschwerden gegen gestielte Pessare wegen der Gefahr von Dekubitus.) (Mendes de Leon.)
43. Rosenthal, M., Dauerresultate und Technik der Vesikofixation des Uterus. Diss. Berlin.
44. Schindler, H., Zur operationslosen Behandlung des Scheiden- und Gebärmuttervorfalles. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 29. p. 1628—1629. (Die von Doldi — cf. Nr. 12 — empfohlenen Gummibälle sind schon 1898 von Freudenberg angegeben worden. In der Landauschen Poliklinik wird das Mittel seit 20 Jahren mit gutem Erfolg angewandt, jedoch nur als Surrogat der Operation und demgemäss nur in den Fällen, in denen die Operation verweigert wird oder mit Rücksicht auf den Allgemeinzustand — Marasmus, Herz- und Lungenerkrankungen etc. — untunlich erscheint. Ferner in der Regel nur bei Frauen in der Klimax. Der Ball hält jedoch nur 6—8 Wochen aus und muss dann durch einen neuen ersetzt werden.)
45. Schubert, G., Die Verwertung der freien Faszientransplantation zur Heilung des Totalprolapses. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 1. p. 21—24. Ref. Revue de gyn. et de chir. abd. Nr. 4. p. 354—356. (Wird im Kapitel „Gynäkologische Operationslehre" referiert.)
45a. Stratz, Fall von totalem Prolapsus uteri, nach Wertheim-Schauta mit gutem Erfolg operiert. Ned. Gyn. Ver. 1. März. Ned. Tijdschr. v. Verl. en Gyn. 24. Jahrg. 1. (Mendes de Leon.)
46. Voigt, J., Zwei Fälle von Abreissung der vaginifixierten Gebärmutter von der Anheftungsstelle. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 8. p. 306—308. (Entstanden durch Unglücksfall — beim Arbeiten und bei Fall auf den Boden.) (Heimann.)
47. de Vreese, C., Cure des prolapsus génitaux. Journ. de chir. et ann. de la soc. belge de chir. Année 14. Nr. 3. p. 63—70. (Wird im Kapitel „Gynäkologische Operationslehre" referiert. In demselben Heft derselben Zeitschrift, p. 51—54 eine Arbeit von de Beule: Rapport sur une mémoire de M. le Dr. de Vreese „La cure des prolapsus génitaux".)
48. Wade, H. A., Description of a new method of repair for vaginal hernia, with a report of one hundred and forty cases in which it was used. Med. Record. 1913. Vol. 84. Nr. 21. p. 937—939. (Wird im Kapitel „Gynäkologische Operationslehre" referiert.)
49. — A report of the end-results after operation in 109 cases of displacement of the uterus, bladder and rectum. Amer. Assoc. of Obst. and Gyn. Meeting at Buffalo. Sept. 15—17. Ref. The Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Vol. 70. Nr. 443. p. 706 bis 716. (Eigene Methode, siehe voriges Referat. Gute Erfolge, die aber nicht genauer angegeben werden. — Diskussion: Goldspohn, McPherson, Dickinson, Barrett u. a.)
50. Warren, S. P., Cesarean section for complete prolapse of the cervix. The Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Vol. 69. Nr. 3. p. 432—434. (Wird im Kapitel „Pathologie der Geburt" referiert.)

51. Watkins, Th. J., Notes on vesico-uterine transposition. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 19. Nr. 3. p. 392.
52. Weibel, W., Die operative Behandlung der Rezidive nach der sog. Interpositio uteri vesico-vaginalis. Zentralbl. f. Gyn. 1913. Nr. 50. p. 1808—1813. (Siehe beim Kapitel „Gynäkologische Operationslehre").
53. Wertheim, E., Zur Technik der Interpositio uteri beim Prolaps. Arch. f. Gyn. Bd. 102. Heft 2. p. 201—206. (Wird im Kapitel „Gynäkologische Operationslehre" referiert.)
54. — Die Suspension der Portio vaginalis an den Sakrouterinligamenten. Arch. f. Gyn. Bd. 103. Heft 1. p. 217—221. (Die guten Erfolge der Einnähung des Uterus bei Prolaps [50 Fälle ohne Rezidiv] liessen nur den einen Übelstand erkennen, dass sich in einzelnen Fällen das Kollum stark abknickte und in die Richtung der Scheidenachse legte, bis Elongation zwischen den Labien hervortrat. Das Verfahren der Fixierung der Portio an den Sakrouterinligamenten, was sich gelegentlich der Einnähung leicht durchführen lässt, wird genau beschrieben. — Durch die Suspension des Kollums statt seiner Amputation wird nicht nur die hintere Scheidenwand stärker gestreckt, sondern auch das Kollum durch seine Einnähung an der hinteren Umrandung der Levatoröffnung so fixiert, dass sein Durchrutschen durch diese Öffnung selbst beim starken Pressen beim Stuhl unmöglich ist. Eine Kombination der Suspension mit der Verkürzung der Ligamente ist ausführbar. — Mit 2 Textfiguren.)
55. Windisch, E., Vergleich der Schautaschen und Dührssenschen Vaginaefixation. Gyn. Ges. in Budapest. Sitzg. vom 24. Febr. Ref. Wiener med. Wochenschr. Nr. 38. p. 2098. (35 nach Schauta operierte Fälle rezidivierten nicht; von 48 nach Dührssen operierte rezidivierten einer, drei kamen spontan nieder. Die Schautasche Operation schliesst spätere Gravidität aus, sie soll nur bei Frauen kurz vor der Klimax oder noch älteren ausgeführt werden, bei jüngeren Frauen kommt gleichzeitige Tubensterilisation in Betracht; sonst ist bei jüngeren Individuen die Dührssensche Operation, die Schwangerschaft und Geburt nicht stört, vorzunehmen. In der Diskussion spricht Scipiades Bedenken gegen die Schautasche Operation aus; Tauffer hält die Scheidenverengerung nicht für so wichtig. Mannsfeld verwirft die Uterusexstirpation und erklärt anatomisch Schautas Operation für die beste. Barsonyi erklärt Dührssens Operation für leicht, Schautas' Vorgehen für technisch schwierig. Frigyesi tritt für Schautas Operation ein.) (Heimann.)

Allgemeine, zusammenfassende Arbeiten über den Prolaps des Uterus stammen aus der Feder von Beuttner (3), Bonney (6), Gray (17), Jacobs (22), E. Martin (30) und Potherat (42).

Mehr insbesondere mit der **Ätiologie** dieser Lageabweichung haben sich Beuttner (3), Bonney (6), Fain (13; Bericht über 255 Fälle), Gosty (16), Hadden (19), Jacobs (22), Lewis (25) und Mayerhofer (32) befasst. Letztere beide Autoren besprechen den **Zusammenhang zwischen Spina bifida und angeborenem Genitalprolaps.**

Über die **Anatomie** des Prolapses und des **Prolapsbeckens** handeln die Veröffentlichungen von Beuttner (3), Bonney (6), Hadden (19), Jacobs (22) und E. Martin (29). Man siehe zu diesem Thema auch die unter a) „Allgemeines" referierten Arbeiten.

R. Martin (31) schrieb über die **Prophylaxe** des Uterusprolapses.

Komplikationen des Uterusvorfalles mit Rektocelen und Cystocelen, Incontinentia urinae, Scheidenkarzinom usw. kommen in den Publikationen von Beuttner (4), de Bovis (7), Gosty (16) und Jacobs (22) zur Sprache. Warren (50) sah sich durch einen Totalprolaps der Cervix gezwungen, eine Geburt durch **Kaiserschnitt** zu beenden.

Zur **Pessarbehandlung** haben Green-Armytage (18), Hartmann (20), Lockyer (26) und Schindler (44) ihre Ansichten geäussert. Dold (12) gibt einen neuen Retentionsapparat an. Oberndorffer (37) hat Druckusur und Perforation des Blasenhalses durch ein Vaginalpessar nach Thomas gesehen. Ribbius (42a) empfiehlt das Keulenpessar nach Menge.

Allgemeines zur operativen Therapie und die **Indikationen** dazu ist zu finden in den Arbeiten von Beuttner (3), Bonney (6), Fain (13), Frattin (15), Jacobs (22), Lockyer (26), Lenormant und Petit-Dutaillis (24), Nicol (34), Novak (35), Parsamoff (39), Pauchet (40) und de Vreeze (47). — Nicol (34) hat in seiner Erlanger Dissertation die **Dauererfolge** der Prolapsoperationen zusammengestellt. **Technisches** zu den verschiedenen Operationsmethoden siehe im Kapitel „Gynäkologische Operationslehre".

Das **Operationsverfahren nach Schauta-Wertheim** findet allerseits Beachtung, auch in der Literatur. Mit ihm haben sich u. a. befasst: Boldt (5), de Bovis (7), Brandt

(8; 57 Fälle, 3,4% Rezidiv), Carnelli (10; 14 Fälle, 1 Rezidiv), Clauss (11; 62 Fälle), Maresch (28; Rezidiv), Polak (41), Watkins (51), Wertheim selbst (53) und Windisch (55). Wertheim hat sein Verfahren noch dahin zu verbessern gesucht, dass er durch Suspension der Portio an den Sakrouterinenligamenten die Entstehung einer Elongation des Kollum zu verhindern sucht. Scipiades (cf. Windisch (55) hat Bedenken gegen die Operation nach Schauta-Wertheim. Brandt (8), Carnelli (10), Clauss (11), Polak (41), Windisch (55) haben besonders in bezug auf die **Rezidivgefahr** ihre Dauererfolge zusammengestellt. Weibel (52) bespricht die **operative Behandlung der Rezidive** nach der Interpositio uteri vesico-vaginalis. Windisch (55) macht den Vergleich zwischen der Schautaschen und der Dührssenschen Vaginofixation und stellt die für diese beiden Verfahren geeigneten Fälle einander gegenüber. Brettauer (9) musste nach Interposition des Uterus einige Jahre später den Uterus exstirpieren und beschreibt die dabei von ihm empfundenen Schwierigkeiten.

Fikentscher (14) hat in seiner Strassburger Dissertation die Dauererfolge nach 2—11 Jahren an 33 Fällen von **Vaginifixur** auf 69,6%, an 34 Fällen von **Ventrifixur** auf 59,1% feststellen können. Voigt (46) publiziert zwei Fälle von Abreissung der vaginifixierten Gebärmutter durch Unglücksfälle. Dauerresultate und Technik der **Vesikofixation** hat Rosenthal (43) in einer Berliner Dissertation zusammengestellt. Bonney (6) hält das Prinzip dieser Operation bei „vaginaler Eversion" für falsch.

Lenormant und Petit-Dutaillis (24) sowie Mamourian (27) beschreiben und empfehlen die **Operation nach Bouilly**: Portioamputation und Scheidendammplastik. Die Dauerresultate sollen gut sein.

Bonney (6) hält die **Wiederherstellung des Beckenbodens** für die Hauptsache, Fehler im Heftapparat muss man an diesem heilen. Brandt (8) empfiehlt für leichte Fälle die Kolpoperineorrhaphie; die querverlaufende **Levatornaht** hält er für unnötig. Letzterer therapeutischer Eingriff wird jedoch gerade in der Münchener Dissertation von Fain (13) besonders empfohlen.

Die **Hysterektomie** als Therapie des Prolapsus findet eingehende Beachtung. Bonney (6) und Mansfeld (cf. Windisch, 55) verwerfen sie; Oliva (38) gibt eine besondere Methode an; Beuttner (4) beschreibt ein Rezidiv des Prolapsus nach Exstirpation des Uterus.

Die **Operation nach Alexander-Adams** wurde von Herz (cf. b) „Retroflexio uteri", (20) allein oder mit einer Plastik kombiniert, als Vorfalloperation angewandt. Sie soll in 92% der Fälle erfolgreich gewesen sein.

Schliesslich sind zahlreiche **neue Operationsverfahren** und **Modifikationen** bekannter Methoden angegeben worden. So u. a. von Abadie (1), Abramowitsch (2), Frattin (15), Gray (17), Lockyer (26), Wade (48). — Nadory (33) und Schubert (45) beschreiben eine Fascia lata, Implantation zur Heilung des weiblichen Genitalprolapses. Man siehe auch das Kapitel „Gynäkologische Operationslehre" sowie „Vulva und Vagina".

d) Inversio uteri chronica.

1. Beckmann, W., Einige Bemerkungen über die puerperale Uterusinversion. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 18. p. 649—656. (Verf. hat zwei Fälle nach Küstner-Piccoli operiert, beide Male handelte es sich um alte Inversionen; der erste Fall ging zugrunde, der zweite fieberte heftig. Beckmann macht auf die Möglichkeit lebensgefährlicher Infektion bei der vaginalen Reinversionsoperation aufmerksam.) (Heimann.)
2. Crossen, H. S., Operative Behandlung lang bestehender Uterusinversion. Journ. of the Amer. med. Assoc. Vol. 62. Nr. 14. p. 1061—1063. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 42. p. 1339. (Verf. hat einen Fall nach Spinelli [vollständige Trennung der vorderen Uterus- und Cervixwand] operiert. Die Inversion bestand seit einem Jahr.) (Heimann.)
3. Gruget, Inversion utérine ancienne, réduction sous anesthésie générale. Arch. méd. d'Angers. 1913. Déc. p. 375—383. (Geburt lag sieben Wochen zurück und die Inversion war unbemerkt entstanden. Wahrscheinlich ist sie erst im Laufe der Zeit total geworden. Die einzigen Erscheinungen waren Blutungen, durch die die Frau äusserst anämisch geworden war. Die Reposition gelang, obschon sehr schwierig und unter starker Blutung. Verf. rät zu längerer Vorbereitung und Hebung der Widerstandskraft der Patientin vor dem Eingriff; währenddessen kann die Vulvovaginalgegend desinfiziert werden.)

4. Malcolm, J. D., Case of complete inversion of a prolapsed uterus in a patient aged 57. Sect. of Obst. and Gyn. of the Royal Soc. of Med. Meeting on Dec. 4. 1913. Ref. Proc. of the Royal Soc. of Med. Vol. 7. Nr. 3. p. 114—117. (Prolaps bestand seit 4½ Jahren. Akute Inversion des Uterus infolge eines gangränösen Fibroms. Amputation des Uterus.)
5. Pentz, A., Rezidivierende Inversio uteri puerperalis. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 6. p. 233 bis 234. (Bei einer 30jährigen V para war mit Ausstossung der Nachgeburt ganz spontan eine Inversio uteri entstanden. die vom herbeigerufenen Arzt sofort reinvertiert wurde. 4½ Wochen post partum empfindet Patientin beim Pressen zum Stuhlgang plötzlich einen intensiven Schmerz im Unterleib, blutet seitdem stark und 10 Tage später stellt der Arzt von neuem eine völlige Inversion fest, die sich nicht reinvertieren läßt. Dies gelingt erst nach Spaltung der hinteren Uteruswand nach Westermark und Borelius bis ins hintere Scheidengewölbe. Wegen Infektionsgefahr wird nun aber doch der Uterus vaginalexstirpiert.)
6. Pini, Un caso di inversione cronica dell' utero felicemente operato con processo Küstner-Piccoli. Lucina. 1913. Vol. 18. Heft 6. p. 88. (Kasuistisch. Inversion vor sechs Monaten bei der Entbindung durch Zug an die Nabelschnur entstanden. Alle Versuche der Reduktion erfolglos. Obengenannte Operation hatte vollen Erfolg: nach einem Jahr Uterus in richtiger Anteflexionsstellung; nach 30 Monaten normale Entbindung.)
7. Ricci, A. P., Sulle alterazioni della mucosa uterina nella inversione cronica. (Contributo isto-patologico.) Arch. ital. di gin. 1913. Nr. 12. p. 276—282. (Die Inversionen bestanden seit fünf Monaten resp. acht Jahren. Fehlen des Zylinderepithels, Hyperplasie und kleinzellige Infiltration des Bindegewebes, Verschwinden der Drüsen. Stellenweise hämorrhagische Herde und hyaline Degeneration.)
8. — Sul trattamento dell' inversione cronica dell' utero. Arch. ital. di gin. Nr. 2. p. 29 bis 49. (Zwei Fälle mit Erfolg nach Küstner-Piccoli operiert.)
9. de Rossignoli, Zwei Fälle von Prolapsus uteri inversi. Med. Klinik. Nr. 35. p. 1431.
10. Tédenat, E., Inversion de l'utérus. Réunion obst. et gyn. de Montpellier. Séance du 3 Déc. 1913. Ref. Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn. de Paris. 1913. Nr. 9. p. 804 bis 810. (Zwei Fälle von Inversion infolge Ausstossung von Myomen am Fundus; der eine im Wochenbett, der andere bei einer 41jährigen Virgo während der Menstruation. Im letzten Falle war die Reposition unmöglich und musste der Uterus abdominal exstirpiert werden. — In der Diskussion teilt Forgue einen ganz ähnlichen Fall mit wie der letztere, jedoch mit chronischem Verlauf während 10 Jahre.)
11. Unterberger, jun. F., Drei Fälle von Inversio uteri chronica. Nordostdeutsche Ges. f. Gyn. Sitzg. vom 29. Nov. 1913. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. Heft 2. p. 256. (1. Infolge eines kindskopfgrossen, in die Scheide geborenen Myoms. Therapie: Zunächst Abtragen des Myoms, fünf Wochen später vaginale Exstirpation des Uterus. 2. Seit 13 Jahren bestehende puerperale Inversion. Therapie: Vaginale Uterusamputation. 3. Patientin hat vor drei Monaten spontan entbunden. Therapie: Reposition mit Spaltung der hinteren Wand. Reposition berechtigt: 1. bei jugendlichen Patientinnen und bei nicht lange bestehender Inversion. Reposition zu verwerfen: 1. Bei Frauen in der Nähe der Klimax. 2. Bei Myomen wegen der Rezidivgefahr. Vorsicht bei lang bestehender Inversion.) (Heimann.)
12. Vautrin, Quelques considérations sur l'inversion utérine et sur la cure conservatrice, qui lui est applicable. La Gyn. 1913. Nr. 12. p. 707—727. (Drei Formen bez. Ätiologie: Die puerperale, die durch Neoplasmen hervorgerufene und die idiopathische; letztere bei alten Frauen, häufig ohne Symptome. Bei den Tumoren sind es am häufigsten Myome. Die puerperale Form ist die verbreitetste. Die spontane Form bildet sich allmählich, man unterscheidet eine frische und eine chronische Form. Symptome der ersteren: Schmerz, Kompressionserscheinungen, Blasenstörungen etc. Symptome der chronischen Infektion: Fluor, eventuell Blutungen, Störungen der Periode etc. Therapie: 1. konservativ, manuelle Reposition, Reposition durch Kolpeurynter, Scheidentamponade; die beiden letzteren Methoden nicht gut, Gefahr der Infektion. 2. Operation: abdominal oder vaginal. Bei letzterem Vorgehen kommt die Methode Küstner besonders in Betracht. Verf. macht die hintere Kolpotomie und spaltet die ganze hintere Uteruswand.) (Heimann.)
13. — Inversion utérine par tumeur d'origine mullérienne chez un enfant. Réunion obst. et gyn. de Nancy. Séance du 15 Mai 1913.
14. — La cure de l'inversion utérine doit être conservatrice. Revue prat. d'obst. et de gyn. Nr. 3. p. 78—81. Journ. de méd. de Paris. Nr. 15. p. 295—296. (Die seltenste Form

der Inversio ist die idiopathische bei alten Frauen; sie muss ausnahmslos chirurgisch behandelt werden. Die neoplastische, partielle oder vollständige kann, wenn maligne Veränderungen sicher ausgeschlossen sind, konservativ behandelt werden: Abtragung des Tumors, Reposition des Uterus. Bei den chronischen puerperalen Inversionen müssen konservative Mittel versucht werden und wenn diese nicht zum Ziel führen, die Kolpohysterotomia ant. oder post. angeschlossen werden. Verf. zieht die grossen Inzisionen bis zum Fundus [Piccoli, Spinelli] den kleineren Inzisionen [Küstner, Kehrer] vor und die posterior der anterior. Er verwirft den abdominalen Weg.)

Vautrins Publikation (12) behandelt die **Ätiologie** der Inversio uteri. Die meisten chronischen Umstülpungen sind vor kurzer oder längerer Zeit (bis 13 Jahre, cf. Unterberger, 11), manchmal unbemerkt (Gruget, 3) **im Wochenbett** entstanden. Man schlage zu diesem Thema auch die Kapitel „Pathologie der Geburt" und „Pathologie des Wochenbettes" nach.

Inversionen des Uterus **infolge Tumoren** sind von Malcolm (4), Tédenat (10), Unterberger jr. (11) und Vautrin (12) beschrieben worden. Es handelt sich dabei meist um Myome. Im letzgenannten Falle war es jedoch ein Tumor des Müllerschen Ganges bei einem Kinde.

Auch **idiopathisch** entstandene Umstülpungen werden beschrieben (Gruget, 3). Pentz (5) sah eine im Wochenbett sofort mit Erfolg reponierte Inversio nach $4^1/_2$ Wochen spontan rezidivieren.

Ricci (7) hat die **Schleimhautveränderungen** am chronisch invertierten Uterus studiert.

Die **Therapie** kann sowohl konservativ wie operativ sein. Die Indikationen zur Behandlung werden von Unterberger jr. (11) und Vautrin (12) aufgestellt. **Manuelle Reposition** ist bei den längere Zeit bestehenden pathologischen Verhältnissen meist mit grossen Schwierigkeiten verknüpft, wie aus den Fällen von Gruget (3), Pini (6), Tédenat (10) hervorgeht. Meist ist **Spaltung der hinteren, ev. auch der vorderen Uteruswand** nötig, wie in den Fällen von Pentz (5) und Unterberger jr. (11)

Die **Operation nach Küstner-Piccoli** wurde von Beckmann (1), Pini (6), Ricci (8), Vautrin (12), u. a. in mehreren Fällen mit gutem Erfolg ausgeführt. Der Fall von Pini machte 30 Monate später wieder eine normale Geburt durch. Crossen (2) lobt die **Methode von Spinelli** (2).

Beckmann (1) macht auf die **Infektionsgefahr bei diesen Operationen** aufmerksam. Deswegen, oder auch in Fällen, in denen die Reposition unmöglich ist, ist unter Umständen die **vaginale oder abdominale Uterusexstirpation** indiziert, wie aus den Fällen von Malcolm (4), Pentz (5), Tédenat (10) und Unterberger jr. (11) ersichtlich.

---

5. Sonstiges.

1. Baldwin, A., Case of recto-uterine fistula. Surg. Sect. of the Royal Soc. of Med. Meeting on Nov. 12. 1913. Ref. Proc. of the Royal Soc. of Med. 1913. Vol. 7. Nr. 2. p. 71—72. (Ohne nachweisbare Ursache bei 71jähriger Frau entstanden. Fistel mündet gleich oberhalb des inneren Muttermundes.)
2. Ballard, I. W., Lacerated cervix uteri and reflex irritation. Med. Record. Vol. 85. Nr. 18. p. 800—801. (Risse in der Cervix, die auf Berührung äusserst empfindlich sind, oder empfindliche harte Narben, sind oft nach einer Entbindung Ursache nervöser Reizerscheinungen, die keiner Allgemeinbehandlung weichen. Portioamputation — die der Exzision der Narben vorzuziehen ist — und Curettage bilden eine meist erfolgreiche Therapie.)
3. Broughton-Alcock, W., Treatment of a uterine abscess by sensibilized bacilli protei. The Brit. med. Journ. Nr. 2788. p. 1224. (Nach supravaginaler Amputation entstand ein Abszess, der sich nach der Cervix öffnete. Bakteriologisch wurden im Eiter Proteusbazillen gefunden. Behandlung: In Pausen von 3—4 Tagen sieben Injektionen abgetöteter Kulturen, Dosis 100—2000 Mill. steigend. Eine Reaktion folgte. Acht Tage nach der letzten Injektion Sensibilisierung der Proteusbazillen mit dem

Serum der Patientin. Die Vakzine wurde vier Wochen hindurch einmal wöchentlich verabreicht von 400 Millionen auf 1000 Millionen steigend. Der Erfolg war sehr gut.) (Heimann.)

4. Dambrin, C., Les kystes du col de l'utérus. Arch. mens. d'obst. et de gyn. Nr. 1. p. 41—71. Ref. Revue de gyn. Nr. 4. p. 362. (Dambrin unterscheidet Schleimzysten entzündlichen Ursprungs und Zysten embryonalen Ursprungs. Erstere entstehen aus Schleimdrüsen, letztere aus embryonalen Überresten. Die Schleimzysten, eine oder mehrere, besitzen ein Zylinderepithel, das später kubisch wird. Die embryonalen Zysten können aus den Überresten des Müllerschen oder Gärtnerschen Ganges entstanden sein und weisen auch mikroskopisch dann deren Struktur auf. Die Symptome sind wenig hervortretend. Die Diagnose ist leicht, „man muss daran denken". Die Behandlung besteht in Exstirpation. (Heimann.)

5. Gentili, A., La decidua considerata come glandola endocrina. Ann. di ost. e gin. 1913. Nr. 8. p. 257—305. (Extrakte des Endometriums von Frauen und verschiedenen Tieren haben, in den Kreislauf beim Kaninchen injiziert, eine stark toxische Wirkung; dieselbe ist derjenigen bei der Injektion von Extrakten internsekretorischer Organe ähnlich. Auch das Verhalten der Tiere, der pathologisch-anatomische Befund (Thrombose der Lungengefässe) sind fast identisch. Ausser der toxischen haben die Extrakte auch noch eine blutdruckherabsetzende und den Herz- und Respirationsrhythmus regulierende Wirkung. Nur der Corpus luteum-Extrakt hat dieselbe Wirkung, aber in viel geringerem Grade. — Eigene experimentelle Versuche.)

6. Keiffer, H., Existe-'t-il une glande myométriale chez la femme? Soc. d'obst. et de gyn. de Paris. Séance de Mars. Ref. La Presse méd. Nr. 22. p. 215. (Vortragender hat die 1911 von Ancel und Bouin beim Kaninchen gefundene myometrale endokrine Drüse [cf. diesen Jahresbericht, Bd. 25, Kap. XIII, Nr. 2) auch beim Meerschweinchen, bei der Ratte usw. nachweisen können. Siehe Näheres Kap.: „Anatomie u. Entwicklungsgeschichte d. weibl Geschlechtsorgane".)

7. Kraus, E., Zur Anatomie der Portio vaginalis. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 18. p. 656—658. (Verf. hat sich bemüht, gute Gipsabgüsse der Portio zu erhalten, dies ist ihm nach einem bestimmten Verfahren gelungen. Dabei fand er, dass die Portiorisse immer seitlich lokalisiert waren und mit dem Orificium uteri ext. eine nach vorn konkave Linie bildeten. Der linke Einriss ist meist tiefer als rechts. Diese Tatsache glaubt Verf. mit der Entwicklungsgeschichte in Zusammenhang bringen zu können.) (Heimann.)

8. Lassalle, Contribution à l'étude des fistules utéro-cervicales et à leur traitement. Thèse de Paris. 1913.

9. Lejars, F., Pyométrie et abcès de l'utérus. La Sem. méd. Nr. 20. p. 229—230. (Allgemeines über Ätiologie, Therapie usw.)

10. v. Mandach, Ein Fall von spontaner, durch hyaline Muskeldegeneration bedingter Uterusruptur. Arch. f. Gyn. Bd. 103. Heft 1. p. 50—62. (Mit 1 Tafel.)

11. Maresch, R., Hochgradige senile Involutionen des weiblichen Genitales mit vollständiger Obliteration des Uterus und der Vagina. Geb.-gyn. Ges. in Wien. Sitzg. vom 20. Jan. Ref. Wiener med. Wochenschr. Nr. 34. p. 1953. (Heimann.)

12. Matthews, J. D., Stenosis of cervix uteri; treatment by a new method. Journ. of the Michigan State med. Soc. 1913. Vol. 12. Nr. 12. p. 656—658. (Wird im Kapitel „Gynäkologische Operationslehre" referiert.)

13. Nagel, W., Über einen Fall von geheilter Uterovesikalfistel mit abdominaler Exstirpation des Uterus. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 41. p. 1703.

14. Oastler, F., Spontaneous gangrene of the cervix. New York Obst. and Gyn. Soc. Meeting on Oct. 14. 1913. Ref. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Vol. 69. Nr. 1. p. 126—127. (Kasuistisch; 21jährige Frau. Ähnliche Gangrän war früher schon am Pulse und am Rücken aufgetreten. Die Frau war übrigens gesund. Wassermann negativ. Langsame Heilung durch Trockenbehandlung.)

15. Weymeersch, A., Glande myométriale et néphrophagocytes. Soc. belge de gyn. et d'obst. Séance de Janv. Ref. Revue mens. de gyn., d'obst. et de péd. Nr. 6. p. 400. (Cf. Kapitel „Anatomie u. Entwicklungsgeschichte der weiblichen Geschlechtsorgane".)

XI.

Neubildungen des Uterus.

Referent: A. J. M. Lamers[1]).

Myome.

1. Aubert, L. et Guérin-Valmale, Anémie extrême par énorme fibrome utérin; hystérectomie, transfusion, guérison. Réunion obst. et gyn. de Montpellier. Sitzg. vom 4. Febr. Ref. Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn. de Paris. Nr. 3. S. 229—232. Revue mens. de gyn., d'obst. et de péd. Nr. 5. S. 333. (Frau in der Menopause, die das 6 kg schwere Myom schon mindestens fünf Jahre getragen hatte. Wegen der äusserst starken Anämie totale Hysterektomie. Ungestörter Verlauf während einer Woche. Dann Kollaps infolge Herzschwäche. Bluttransfusion vom Ehemann. Puls geht von 120 auf 84 herunter. Erholung, Heilung.)
2. Barrows, C. Clifford, Remarks on uterine fibroids with special reference to their relation to tumors of the thyroid gland. Amer. Journ. of obst. and dis. of women and children. Bd. 69. Nr. 433. Jan. S. 33—43. (60% der Myome wachsen auch nach der Menopause weiter. Die beste Behandlung ist immer noch die Operation mit weniger als 0,5% Mortalität. Die Entfernung, auch kleinerer Tumoren, ist vor allem wegen des deletären Einflusses der Myome auf das Herz gewünscht, ohne dass indessen Beweise für die Existenz eines „Myomherzens" zu erbringen sind. Von Schilddrüsentumoren ist weiter nicht die Rede, nur werden zwei Fälle mit Basedow angeführt, wie denn überhaupt der Verf. das Myomherz sich als toxisch bedingt, vielleicht auf dem Umwege über die Schilddrüse erzeugt, vorzustellen scheint.)
3. Beckmann, W., Über zystische Fibromyome des Uterus. St. Petersburger med. Zeitschr. 1913. Nr. 22. S. 323—327. (Russisch.) (Im Anschluss an drei eigene Fälle unter einem Operationsmaterial von 150 Myomen teilt Verf. die Zystofibrome ein in: 1. Zystenbildungen infolge nekrotischen Zerfalles, 2. lymphangiektatische Zysten und 3. zystische Adenomyome. Alle drei Frauen genasen.)
4. Benthin, W., Zur Ätiologie der Uterusmyome. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. Heft 4. S. 501—506. (Im Anschluss auf den Hinweis von H. Freund über das häufige Zusammentreffen von mangelhafter Entwicklung und Fibromyomen und auf die Angabe von Bartel über gleichzeitige Bildungsfehler und Geschwülste, berichtet Benthin über zwei Fälle von Uterus duplex und Myom, ist aber nicht der Ansicht, dass die Missbildung für die Genese der Myome ernstlich in Betracht kommt. Aus dem Königsberger Material sind dies die einzigen Uterusanomalien von 912 exstirpierten myomatösen Uteri und ebenso die einzigen Myomentwicklungen unter den 24 beobachteten Doppelbildungen am Genitale.)
5. — Myom und Uterus bicornis. Nordostdeutsche Ges. f. Gyn. Sitzg. vom 7. Febr. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 29. S. 1498. (Zwei Fälle. In dem einen Falle war eine vollkommene Verdoppelung des Uterus und eine Vagina septa vorhanden. An beiden Uterushörnern fanden sich grosse Myomknollen, auf beiden Seiten bestanden doppelte Fimbrientrichter. Bei der anderen Patientin betraf die Verdoppelung nur das Corpus uteri. Im linken Tubenwinkel sass ein junges, durchblutetes Ei von Bohnengrösse. Ein doppelter Fimbrientrichter war in diesem Falle nur auf der linken Seite vorhanden. Benthin glaubt nicht an den Zusammenhang von Missbildung des Uterus und Myombildung. In dem Material der Königsberger Frauenklinik aus den letzten 10 Jahren fanden sich nur 24 Fälle von Doppelbildung des Uterus; Myome hatten davon nur die beiden oben erwähnten Frauen.)

---

[1]) Einsendung von Separatabzügen, Dissertationen usw. erbeten: Amsterdam, Roemer, Visscherstr. 2.

6. Binet, E., Fibrome calcifié, inclus dans le bassin. Hystérectomie chez une femme âgée. Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn. de Paris. 2. Jahrg. Nr. 9. Dez. 1913. S. 849—851. (Kasuistisch. 65jährige Frau. Beispiel eines Falles, bei dem nach der Menopause ein früher abdominelles Myom, das keine Beschwerden machte, zu einem das Becken ausfüllenden wird und Einklemmungserscheinungen hervorruft.)
7. Bogoras, N. A., Über die intraabdominelle Blasenruptur bei Myoma uteri. Journ. akusch. i shensk. bol. Bd. 29. S. 225—230. (Russisch.) (War durch Schlag auf den Bauch erfolgt.)
8. Bortkiewitsch, A., Beitrag zur Kenntnis der sogenannten Adenomyome des weiblichen Genitaltraktus. Arch. f. Gyn. Bd. 101. Heft 3. S. 620—642. (Aus der Untersuchung von 10 eigenen Fällen und den in der Literatur niedergelegten Beobachtungen zieht Bortkiewitsch den Schluss, dass die meisten sogenannten Tuben-, Uterus- und Vaginaladenomyome keine eigentlichen Tumoren, sondern nur Ergebnisse der auf dem Boden chronischer Entzündung entwickelten Muskelhyperplasie sind. Die schleimhautähnlichen Inseln in solchen Geschwülsten stammen entweder von dem Serosaepithel oder, und zwar öfter, von der Mukosa ab. Verhältnismässig selten stammen die Epitheleinschlüsse von den embryonal versprengten Teilen der Müllerschen oder Wolffschen (Gärtnerschen) Gänge ab. Noch seltener können die drüsigen Gebilde der Adenomyome ihren Ursprung in den Resten des Wolffschen Körpers haben, und zwar nur in den Geschwülsten, welche an der hinteren Beckenwand, im Ligamentum latum kaudalwärts bis zum Uterushorn, und vielleicht noch im Ligamentum rotundum sich entwickeln. Ausnahmsweise kann endlich als Ursprung der drüsigen Einschlüsse in einigen Adenomyomen (Ligamentum rotundum) auch das Zwischen- und Nachnierenblastem in Betracht kommen.)
9. Bovee, J. W., A specimen of multiple fibromata uteri complicated with carcinoma corporis uteri. Washington obst. and gyn. Soc. Sitzg. vom 14. Febr. 1913. Ref. The Amer. Journ. of obst. and dis. of women and children. Bd. 69. Nr. 433. Jan. S. 159 bis 160. (Kasuistisch; ausführliche Krankengeschichte und Operationsbefund.)
10. Bretschneider, R., Mit Röntgenstrahlen behandelter myomatöser Uterus. Ges. f. Geb. u. Gyn. in Leipzig. Sitzg. vom 20. Okt. 1913. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 3. S. 135. (Operation wegen vergeblicher Bestrahlung. Von 104 Myomoperationen verlor Verf. nur eine Patientin. Dagegen sah er unter 180 Fällen achtmal maligne Degeneration der Myome. Auch hält Verf. ein Myom nicht für geheilt, wenn der Tumor zurückbleibt. Er will infolgedessen die operative Therapie noch nicht verlassen.)
11. Brettauer, J., Fibrocyst of the uterus. New York obst. Soc. Sitzg. vom 18. Nov. 1913. Ref. The Amer. Journ. of obst. and dis. of women and children. Bd. 69. Nr. 434. S. 352. (Tumor wiegt 26 englische Pfund und ist seit acht Jahren gewachsen.)
12. Briggs, H., Two difficult diagnosis of myomata. North of England obst. and gyn. Soc. Sitzg. vom 16. Okt. Ref. The Lancet. Nr. 4759. 14. Nov. S. 1148. The Brit. med. Journ. Nr. 2812. 21. Nov. S. 881. (1. Erweichtes interstitielles Myom bei einer 30jährigen Frau, dessen Differentialdiagnose mit Schwangerschaft Schwierigkeiten machte. 2. Ein steinhartes Myom, das mit einem Ovarialfibrom leicht zu verwechseln war.)
13. Broun, L., Myosarcoma of uterus. New-York obst. Soc. Sitzg. vom 14. Okt. 1913. Ref. The Amer. Journ. of obst. and dis. of women and children. Bd. 69. Nr. 433. Jan. S. 142—143. (Kasuistisch. Genaue Beschreibung des pathologisch-anatomischen Präparates. Es handelt sich um sekundäre sarkomatöse Degeneration eines vorhandenen Myoms.)
14. Bruno, G., Ein Fall eines sehr grossen Uterusmyoms. Geb.-gyn. Ges. in Kiew. Sitzg. vom 22. Nov. 1913. Ref. La Gyn. Mai. S. 379.
15. Bucura, K. J., Einige aktuelle Fragen aus Geburtshilfe und Gynäkologie. 4. Behandlung der Myome. Wiener med. Wochenschr. Nr. 28. S. 1595—1596. (Indikationsstellung zur Operation.)
16. Burnett, E. Napier, Fibroid conditions of the uterus. Newcastle-on-Tyne Div. of the Brit. med. Assoc. Sitzg. vom 23. Jan. Ref. The Brit. med. Journ. Nr. 2773. 21. Febr. S. 425. (Übersicht.)
17. Byers, J., Demonstration of 1. uterus removed for a fibroid, partly interstitial and submucous, with thickened uterine walls; 2. section of a multinodular myoma of the uterus; 3. a uterus which contained foetus removed by hysterectomy for an interstitial cervical fibroid. Ulster med. Soc. Sitzg. vom 19. März. Ref. The Lancet. Nr. 4727. 4. April. S. 970.

18. Chalier, A., Kyste volumineux de l'utérus surmontant un gros fibrome. Soc. d. scienc. méd. de Lyon. Sitzg. vom 7. Jan. Ref. La Gyn. Heft 2. S. 135—136. Als Original erschienen im Lyon méd. Nr. 8. (Kasuistisch; ausführliche Krankengeschichte und Operationsbericht.)

19. Chestakoff, M., Fibromyoma lymphangiectodes. Ges. f. Geb. u. Gyn. in St. Petersburg. Sitzg. vom 3. Okt. 1913. Ref. La Gyn. Heft 1. S. 53. (Kasuistisch. 40jährige Frau; Tumor von der vorderen Wand ausgehend, 34 Pfund schwer, 38 und 31 cm Durchmesser. Wegen der Grösse der Geschwulst musste zuerst die supravaginale Amputation und dann die Exstirpation der Cervix vorgenommen werden.)

20. Cullen, Th. S., Adenomyoma of the rectovaginal septum. Journ. of the Amer. med. Assoc. Bd. 62. Nr. 11. S. 835—839. (Mitteilung von zwei Fällen von Uterusadenomyomen, die sich im Septum rectovaginale ausgebreitet hatten und mit dem Rektum fest verwachsen waren.)

21. Dartigues, L., Fibromes multiples à pédicule tordu en voie de sphacèle sur le même utérus; torsion bipolaire de l'un d'eux doublement pédiculé. Soc. des chir. de Paris. Sitzg. vom 15. Mai. Ref. La Presse méd. Nr. 47. S. 453. (Das grösste Myom war kindskopfgross, sah aus wie ein Ovarialtumor und sass einerseits mit zweimal torquiertem Stiele an der rechten Tubenecke dem Uterus auf, andererseits an der Bauchwand fixiert mittelst eines Stieles. Ein zweites Myom war mandarinengross. Beide waren nekrotisch. Vortragender wendet sich auf Grund vorliegenden Falles gegen die Strahlenbehandlung der Myome.)

22. Decio, C., Ovarialblutungen bei Uterusmyomen. La Ginec. Nr. 21. S. 633—648. (Italienisch.) (Ovarialblutungen kommen bei etwa 10% der Uterusmyome vor. Sie werden teilweise durch Zirkulationsstörungen (aktive Hyperämie und venöse Stauung), teilweise durch Gefässveränderungen (Sklerose und hyaline Degeneration der Gefässwände) und Stromaveränderungen (myomatöse Umwandlung) verursacht. Zusammenhang zwischen der Stärke dieser Ovarialveränderungen und der Uterusblutungen besteht nicht. Erstere haben meistens nur pathologisch-anatomisches Interesse. — Der Arbeit liegen 11 eigene Beobachtungen mit genauem histologischem Studium zugrunde.)

23. Democh-Maurmeier, I., Hauskuren mit Krankenheiler Lauge. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 50. S. 2370—2371. (Es wird auch über gute Resultate an drei Myomträgerinnen berichtet.)

24. Donald, A., The treatment of fibromyomata. The Brit. med. Assoc. Sect. of gyn. and obst. Sitzg. in Aberdeen. 29. Juli. Ref. The Brit. med. Journ. Nr. 2796, 1. Aug. S. 248. The Lancet. Nr. 4747. 15. Aug. S. 500—502. Als Original erschienen im Brit. med. Journ. Nr. 2804. 26. Sept. (Abwartende Behandlung ist abzulehnen bei allen Myomen, die Symptome machen. Palliativ Massnahmen, wie Curettage, sind zwecklos. Vaginale Hysterektomie ist zur Myombehandlung nicht geeignet; abdominale Myomektomie ist in Fällen, wo möglich, die Methode der Wahl. Die Gefahr der malignen Degeneration des Uterusstumpfes nach subtotaler Hysterektomie ist illusorisch. Mortalität auf 309 operierten Myomfällen 2,9%. Die Ovarien wurden immer mit weggenommen, weil sie meistens degeneriert sind. Röntgenbehandlung wird abgelehnt wegen der Schwierigkeit der Diagnose und der Komplikationen und infolgedessen der Feststellung der Resultate der Behandlung und wegen der Möglichkeit, dass durch Hinausschiebung des operativen Eingriffes die spätere Operation schwieriger wird. — Diskussion: Im allgemeinen sprachen sich die meisten Redner im Sinne Donalds gegen die Röntgenbehandlung aus.)

25. Elsner, H. L., The association of uterine growths with goitre; typical and atypical exophthalmic goitre. Amer. Journ. of the med. scienc. Bd. 147. Nr. 5. S. 634. (Unter 186 Fällen von Basedowscher Krankheit bei Frauen waren 15% mit Uterusmyom kombiniert. Ein günstiger Einfluss der Totalexstirpation von Uterus und Adnexen auf die Struma konnte vom Verf. und vielen anderen nicht festgestellt werden. Im Gegenteil, öfters war das Wachstum der Struma nach der Operation eher beschleunigt. Umgekehrt hatte die Thyreoidektomie ebenfalls keinen Einfluss auf das Verhalten der Myome zu verzeichnen.)

26. Falgowski, W., Über die konservative Tendenz bei der Operation des Uterusmyoms. Gyn. Rundschau. Heft 10. S. 351—354. Französisch in: Revue de gyn. et de chir. abd. Nr. 4. S. 273—278. (Bericht über 41 abdominal, 37 vaginal operierte Myome. Möglichst konservatives Verfahren. Empfehlung der totalen keilförmigen Myom-

ektomie und einer „infrakorporealen Amputation", welche letztere Verf. in neun Fällen, zum Teil mit Erhaltung der menstruellen Funktion, ausführte. Die Sorge, dass in dem zurückgebliebenen Uterusstumpfe sich später ein Karzinom ausbilde, ist wegen der Seltenheit des Vorkommnisses unbegründet. Verf. vermag nicht einzusehen, warum die Operationsfähigkeit der Myome zugunsten der stets so überaus radikal wirkenden Röntgenbehandlung eine Einschränkung erfahren sollte.)

27. Favell, R., Demonstration of a large fibromyoma of the uterus undergoing sarcomatous transformation in parts. North of Engl. obst. and gyn. Soc. Sitzg. in Sheffield am 20. März. Ref. The Brit. med. Journ. Nr. 2780. 11. April. S. 819. The Lancet. Nr. 4728. 11. April. S. 1044. (47jährige Patientin. Schnelles Wachstum des Tumors seit einem Jahr bemerkt.)

28. Fehling, H., Operative und Strahlenbehandlung bei gutartigen und bösartigen Geschwülsten der Gebärmutter. Verein der Ärzte zu Metz. Sitzg. vom 5. Juli. Als Original erschienen in der Münchn. med. Wochenschr. Nr. 49. S. 2333—2336. (Übersichtliche Zusammenfassung.)

29. Fenini, G., La terapia fisica in ginecologia. Arte ostetr. Nr. 1. S. 3—7 u. Nr. 2. S. 25 bis 30. (Italienisch.) (Empfehlung der Elektrotherapie, Franklinisation, Verfahren nach d'Arsonval, Apostoli und Röntgen bei Myomen und vaginalen Erkrankungen.)

30. Fiedler, H. W., Über verjauchte Myome. Dissertation in. Leipzig.

31. Le Filliatre, G., Enorme fibrome utérin télangiectasique, métrorragies, troubles vésicaux. Hystérectomie abdominale totale. Soc. anat. de Paris. Juli-Sitzg. 1913. Ref. Ann. de gyn. et d'obst. Bd. 11. März. S. 174. (Kasuistisch; ergibt sich aus der Überschrift. 42jährige Nullipara.)

31a. Find, A., Untersuchungen über die Bakterienflora pathologisch veränderter Genitalorgane. Veterinär-medizinische Dissertation in Giessen.

32. Fitz Gibbon, G., Uterus with malignant adenoma. Sect. of obst. of the royal acad. of med. in Ireland. Sitzg. vom 30. Okt. Ref. The Brit. med. Journ. Nr. 2812. 21. Nov. S. 879. (Näheres im Kapitel „Karzinome", Nr. 83. Stellenweise war noch eine Demarkationslinie als Überbleibsel der früheren Myomkapsel zu erkennen. — Ferner zeigte Vortragender das ähnliche Präparat eines nichtmalignen Adenoms einer 28jährigen Frau [cf. Kapitel „Sonstiges" Nr. 3]).

33. Fraistat, W., Embolie im Wochenbett und nach gynäkologischen Operationen. Diss. in. München. Febr.

34. Frankl, O., Über tumorartige Hyperplasie des Uterus. Ges. f. Geb. u. Gyn. in Wien. Sitzg. vom 10. Febr. Ref. Wiener med. Wochenschr. Nr. 35. S. 1984. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 29. S. 1034. (Zwei Fälle. Anatomisch Adenomyosis.)

35. Freudenthal, H., Zur Morphologie des Uterusmyoms. Diss. in. Breslau. (Mit zwei Tafeln.)

36. Garnier, De l'exentération de l'utérus appliquée à la cure des fibromes de cet organe. Thèse de Paris. 1913. Juni.

37. Geist, S. H., A contribution to the histogenesis of sarcomatous change in uterine fibromyomata. Amer. Journ. of obst. and dis. of women and children. 1913. Bd. 68. Nr. 6. S. 1053—1063. (Siehe im Kapitel „Sarkome", Nr. 9.)

38. — The clinical significance of sarcomatous change in uterine fibromyoma. Sect. of obst. and gyn. of the New York acad. of med. Sitzg. vom 24. Febr. Ref. Med. record. Bd. 85. Nr. 14. Amer. Journ. of obst. and dis. of women and children. Bd. 69. Nr. 5. S. 766—778. (Bei 316 Myomfällen fand Geist 16mal sarkomatöse Metaplasie, die sich klinisch nicht diagnostizieren liess. Er empfiehlt daher bei Myomen in der Menopause die Panhysterektomie. — Diskussion: H. J. Boldt hat in 10—12 Fällen, bei denen die supravaginale Amputation ausgeführt war, den Exitus der Patientin an malignen Tumoren gesehen.)

39. Giles, A. E., Meditations on 100 consecutive abdominal operations at the Prince of Wales's general hospital, Tottenham. The Lancet. Nr. 4740. 4. Juli. S. 8—16. (Wird an anderer Stelle referiert.)

40. — A plea for early operation in cases of uterine fibroids. Med. press and circ. Bd. 97. S. 167. (Verf. will nicht die Menopause abwarten, da auch dann meistens die Symptome nicht aufhören.)

41. Girol, S. R., L'homoorganothérapie dans le traitement de quelques gynécopathies. Arch. mens. d'obst. et de gyn. 1913. Nr. 10. S. 170—178. Semaine gyn. 1913. Nr. 34. S. 269—272. Journ. de méd. int. Nr. 3. S. 21—23. (Nach Girol besitzt der Extrakt von Ovarien myomkranker Frauen („Ovaromyom") eine sehr intensive Wirkung, die

sich auf eine vermehrte Aktivität der Ovarialhormone gründet. Girol ist der Ansicht, dass Veränderungen der Ovarien die fundamentale Ursache der Neubildungen des Uterus sind. Gute Erfolge an einigen [wenigen] eigenen Fällen.)

42. Göbel, F., Über Carcinoma corporis uteri mit spezieller Berücksichtigung seiner Kombination mit Myomatosis uteri. Dissert. in. Würzburg. Juli.

43. Goldstein, E., Über Myomoperationen. Dissert. in. Berlin. Febr. (Zusammenstellung der vom 1. Oktober 1910 bis 1. Oktober 1912 operierten 85 Fälle. Gesamtmortalität 2,3%. Einmal infolge Thrombose und Embolie; dreimal Exitus infolge Anämie. 36 Fälle wurden abdominal, 35 vaginal totalexstirpiert, 5 supravaginal amputiert, 9 enukleiert.)

44. Gough, W. and C. Stewart, A case of adenomyoma uteri. North of England obst. and gyn. Soc. Sitzg. vom 15. Mai. Ref. The Brit. med. Journ. Nr. 2790. 20. Juni. S. 1355. The Lancet. Nr. 4738. 20. Juni. S. 1752. (39jährige verheiratete Frau. Im Uterus ein Cervixfibrom und zwei adenomyomatöse Knoten in der hinteren Wand nahe dem Fundus. Die linke Tube enthielt ebenfalls ein Adenomyom, dadurch ein zweiter Uteruskörper simulierend. Das nicht-adhärente Colon sigmoideum war gleichfalls Sitz eines Adenomyoms. — Supravaginale Hysterektomie und Sigmoidektomie mit End zu End Anastomose. Ungestörte Heilung.)

45. Goullioud, P. E., Fibromes distants et fibromes aberrants d'origine utérine. Revue de gyn. et de chir. abd. Bd. 22. Nr. 2. S. 102—114. (An Hand zweier eigener Beobachtungen wird auf die Genese und das Wachstum dieser beiden Myomarten eingegangen. Drei Abbildungen.)

46. — Cinq cas de grossesse après myomectomie. Annals de gyn. et d'obst. Bd. 11. Juni. S. 350—356. (Spricht für die Zweckmässigkeit der Myomektomie bei jungen Mädchen oder jungverheirateten, noch kinderlosen Frauen. Die einzige, nicht sehr grosse Gefahr ist die des Rezidivs und der Wiederholung der Operation nach einer Reihe [etwa 10] von Jahren.)

47. — Myomectomie et grossesse. Soc. de méd. de Lyon. Ref. Revue de chir. Jahrg. 34. Nr. 5. S. 706. Als Original erschienen in Lyon méd. Nr. 11. (Unter 74 Frauen, bei denen eine konservative Myomektomie ausgeführt wurde, waren 26 verheiratet und noch nicht 40 Jahre alt. Davon sind 5 später schwanger geworden, also etwa 20%. Wo möglich soll also die Myomoperation immer eine konservative sein. Rezidive sind selten. — Literatur.)

48. Grad, H., Fibroid in a double uterus. New York obst. Soc. Sitzg. vom 14. Okt. 1913. Ref. The Amer. Journ. of Obst. and dis. of women and children. Bd. 69. Nr. 433. Jan. S. 132—134. (Kasuistisch; genaue Beschreibung des pathologisch-anatomischen Präparates.)

49. v. Graff, E., Schilddrüse und Genitale. Arch. f. Gyn. Bd. 102. Heft 1. S. 109—140. (In einem besonderen Kapitel wird das Zusammentreffen von Myom und Vergrösserung der Schilddrüse behandelt. Dass dieses Zusammentreffen häufig vorkommen soll, wird auf Grund des beigebrachten Materials entschieden abgelehnt.)

50. Halban, J., Atypische Myome. Geb.-gyn. Ges. in Wien. Sitzg. vom 20. Jan. Ref. Wiener med. Wochenschr. Nr. 34. S. 1952. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 29. S. 1027. (Kasuistische Mitteilung. 1. Kopfgrosses Myom im rechten Lig. latum. 2. Desgleichen, haselnussgross, vollkommen vom Uterus getrennt. 3. 530 g schweres Myom des rechten Lig. rotundum, bei einer viermonatigen Schwangerschaft wegen heftiger Schmerzen mit Erfolg exstirpiert. Die Schwangerschaft verlief ungestört.)

51. v. d. Hoeven, P. C. T., Mammine tegen baarmoederbloedingen. (Mammin gegen Uterusblutungen.) Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. 1913. 1. Hälfte. Nr. 12. S. 606—609. (Holländisch.) (Geringe Erfolge bei Myomen. Verf. rät von der Anwendung ab, damit der günstige Augenblick zur Operation nicht verpasst wird. Erwiderung an Wijn, cf. Nr. 136.)

52. Horwitz, R. E. und N. A. Obolenskaja, Zur Kasuistik der Riesengeschwülste der weiblichen Genitalsphäre. Journ. akusch. i shensk. bol. 1913. Heft 11. S. 1528—1540. (Russisch.) (U. a. ein retrozervikales, extraperitoneal entwickeltes, lymphangiektatisches Fibromyom von 17 kg Gewicht und ein Cystomyoma subserosum von ca. 2½ kg Schwere. — Ausführliches Referat im vorigen Jahrgang dieses Jahresberichtes, S. 57, Nr. 56.)

53. Jacobs, Fr., Über einige adenomyomatöse Tumoren an den weiblichen inneren Genitalorganen. Dissert. in. Strassburg i. E. März. Als Original erschienen i. d. Beitr. z. Geb. u. Gyn. Bd. 19. Heft 1. S. 143—164. (Mit 15 Textabbildungen.) (Vier Fälle. Eingehende Besprechung der Ausgangsmöglichkeiten dieser Tumoren.)

54. Jansen, H., Uterusmyom und Karzinom. Petersburger med. Zeitschr. Nr. 9. S. 111 bis 114. (Russisch.) (Siehe Kapitel „Karzinom", Nr. 135.)
55. Jessup, D. S., Adenomyoma of the recto-vaginal septum. Journ. of the Amer. med. Assoc. Okt. S. 385.
56. de Jong, L'ovaire chez les fibromateuses. (Glande interstitielle.) Ann. de gyn. et d'obst. Bd. 11. Mai. S. 276—287. Juni. S. 357—368. (Mit 5 Abbildungen. Näheres im Kapitel „Tuben und Ovarien.")
57. Kitagawa, M., Gangränöse submuköse Myome. Dissert. in München. Mai.
57a. Kaarsberg, Et Tilfaelde af Fibroma uteri, Roentgenbehandling, Amputatio uteri supravaginalis. (Ein Fall von Fibroma uteri, Röntgenbehandlung, Amputatio uter. supravaginalis.) Ges. f. Gyn. u. Obst. Kopenhagen. 8. April. Ref. Ugeskr. f. Laegeri p. 1921—1922. (Trotz einjähriger Röntgenbehandlung und wenn auch die Blutung weniger stark wurde, nahm der Hämoglobingehalt ab und wuchs die Geschwulst.) (O. Horn.)
57b. — Et Tilfaelde af akut Intoxikation ved Fibromnekrose uden Suppuration. (Ein Fall akuter Intoxikation bei Fibromnekrose ohne Suppuration.) Ges. f. Gyn. u. Obst. Kopenhagen. 8. April. Ref. Ugeskr. f. Laeger. S. 1919—1920. (Einen ähnlichen Fall hat Verf. beschrieben in Hospitalstidende. 1911.) (O. Horn.)
57c. — Et Tilfaelde af Fibromata uteri, Röntgenbehandling, Hysterectomie vag. (Ein Fall von Fibromata uteri, Röntgenbehandlung, Hysterectomia vag.) Ges. f. Gyn. u. Obst. Kopenhagen. 8. April. Ref. Ugeskr. f. Laeger. S. 1922. (Röntgenbehandlung, vier Sitzungen, zweimal.) (O. Horn.)
57d. — Et Tilfaelde af Fibroma uteri submucos. polypos. (Ein Fall von Fibroma uteri submucos. polypos.) Ges. f. Gyn. u. Obst. Kopenhagen. Ref. Ugeskr. f. Laeger. S. 1922 bis 1923. (Exstirpation von Uterus, weil wahrscheinlich ungeeignet für Röntgenbehandlung.) (O. Horn.)
58. Kouwer, B. J., Infektion, ausgehend vom Myombett eines abdominal enukleierten Uterusmyoms (Catgut-Infektion?). Nederl. Gyn. Vereenig. Sitzg. vom 30. Nov. 1913. Nederl. Tijdschr. v. Verlosk. en Gyn. 23. Jahrg. Heft 3/4. S. 282. (Patientin ging an Sepsis zugrunde nach Enukleation eines Myoms an einer Infektion, ausgehend vom Wundbett an jenen Stellen, wo mit Catgut und nicht da, wo mit Seidenfäden genäht war. Empfehlung des Catgut Kuhn als am sichersten sterilisiert.) (Mendes de Leon.)
59. — Demonstration zweier Myome. Nederl. Gyn. Vereenig. Sitzg. vom 29. Nov. Ref. Nederl. Tijdschr. v. Verlosk. en Gyn. 1915. 24. Jahrg. Heft 2/3. S. 208. (Holländisch.) (Im ersten Fall ein abgekapseltes, intramurales Myom, dem entlang ein Stiel verläuft, der die Mukosa durchbohrt und im Cavum uteri sich in einem polypösen, apfelsinengrossen Myom, das in der Austreibung begriffen ist, verliert. — Zweitens ein grosses Cervixmyom, das per laparotomiam aus der hinteren Lippe ausgeschält wurde.)
60. Lahm, W., Zur Frage des malignen Uterusmyoms (Leiomyoma malignum). Gyn. Ges. zu Dresden. Sitzg. vom 19. Febr. Ref. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 14. S. 667. (Vortragender berichtet über einen Fall, in welchem ein vom Collum uteri ausgegangenes Myom plexiform in den Lymphgefässen der Uterusmuskulatur und der Cervix weitergewachsen und auch in die Venenstämme des Lig. latum vorgedrungen war. Aus der Vena spermatica liess sich bei der Operation ein mehrere Zentimeter langer, gegabelter, von Endothel überkleideter Myomthrombus herausziehen. Der vorliegende Fall ist als ein Tumor von sarkomatösem Charakter aufzufassen. — Diskussion Kehrer.)
61. — Demonstration 1. Uterus bicornis mit Adenomyomen des Tubenwinkels; 2. Adenomyom der Tubenoberfläche. Gyn. Ges. zu Dresden. Sitzg. vom 23. April. Ref. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 24. S. 1142.
62. Lambinon, Traitement des métrorragies dues aux myomes. Journ. d'accouch. 1913. Nr. 49. S. 438. (Nach Domaschewicz intrauterine Injektionen 90° Alkohol. Die Behandlung dauert recht lange.)
63. Leitch, A., Migratory adenomyomata. Sect. of obst. and gyn. of the royal Soc. of Med. Sitzg. vom 2. Juli. Ref. The Lancet. Nr. 4742. 18. Juli. S. 160. (Genese und Herkunft dieser Tumoren.)
64. Ley, G., Lipomatosis of a fibromyoma of the corpus uteri. Sect. of obst. and gyn. of the Royal Soc. of Med. Sitzg. vom 8. Jan. Ref. The Lancet. Nr. 4717. 24. Jan. S. 245. Als Original erschienen in The Journ. of obst. and gyn. of the Brit. Emp. Bd. 25. Nr. 1. S. 42—43. (Wahrscheinlich handelt es sich um fettige Degeneration des fibrösen

Stroma eines Fibromyoms. Das Fett fand sich ausschliesslich in den Bindegewebszellen; die Muskelzellen waren unverändert. — Zwei mikroskopische Abbildungen.)

65. Lilley, C. H., A parasitic uterine fibroid. Journ. of obst. and gyn. of the Brit. Emp. Bd. 24. Nr. 6. S. 304—305. (Kasuistisch.)

66. v. Lingen, L. K., Zur Kasuistik der Riesencystomyome. Journ. akusch. i shensk. bol. Bd. 29. S. 413—415. (Russisch.) (Kasuistisch. Cystomyoma lymphangiect. von 45,5 russ. Pfund. Nach supravaginaler Amputation Heilung. — Deutsch im Zentralbl. f. Gyn. publiziert; cf. diesen Jahresbericht 1913, Bd. 27, „Myome", Nr. 105.)

67. Lohmeyer, G., Das Verhalten der proteolytischen Fermente der Leukozyten bei Gravidität, puerperalen Erkrankungen und Tumoren der weiblichen Geschlechtsorgane. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 76. Heft 2. (Verstärkte Wirkung des proteolytischen Leukozytenfermentes u. a. bei Karzinom, Tuberkulose usw. Nicht aber bei Myom, wenn die Geschwulst nicht verjaucht ist.)

68. Löhnberg, E., Unsere Erfahrungen mit der vaginalen Korpusamputation. Prakt. Ergebn. d. Geb. u. Gyn. Bd. 6. Heft 1. S. 130—148. (Diese von Rieck und Füth propagierte Methode dient hauptsächlich der Bekämpfung bestehender und sonst nicht zu verringernder Metrorrhagien. Massgebend für ihre Ausführung gegenüber der vaginalen Totalexstirpation ist, dass die Architektonik der Scheide erhalten bleibt. Mehr als 50 so operierte und nachuntersuchte Frauen wurden auf diese Weise rasch geheilt und wieder arbeitsfähig.)

69. Lombardo, A., La „mammina" Poehl. Arch. ital. di Gin. Nr. 2. S. 50—55. (Italienisch.) (An Hand von vier Krankengeschichten kommt Lombardo zu dem Schluss, dass das Mammin, besonders wenn es subkutan gegeben wird, eine kräftige, aber langsame hämostatische Wirkung bei Metrorrhagie infolge von Myofibromen entfaltet. Ferner übt es einen günstigen Effekt auf die Fibrome selbst aus.)

70. Losinsky, Über maligne Degeneration von Myomen. 5. Kongr. russ. Geb. u. Gyn. Charkow. 28.—30. Dez. 1913. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. Heft 4. S. 589.

71. Macnaughton-Jones, H., Demonstration of an myomatous uterus containing large numbers of intramural and submucous growths. Sect. of obst. and gyn. of the royal Soc. of Med. Sitzg. vom 3. Dez. Ref. The Brit. med. Journ. Nr. 2817. 26. Dez. S. 1100. (Präparat stammt von 47jähriger Frau, die seit einem Jahr geblutet hatte, aber aus anderen Gründen in die Klinik gekommen war. Drei grössere und 30—40 kleinere Myomknollen.)

72. Mahler, J., „Myomherz" und Tiefentherapie. Med. Klinik. Nr. 14. S. 588—591. (Begriff des „Myomherzens". Pathologisch-anatomische Veränderungen. Ursache und Symptome derselben. Cf. „Strahlentherapie der Myome", Nr. 54.)

73. Malcolm, J. D., Specimen of fibromyoma complicating and masking carcinomatous disease of the cervix uteri. Sect. of obst. and gyn. of the Royal Soc. of Med. Sitzg. vom 2. Juli. Ref. The Lancet. Nr. 4742. 18. Juli. S. 159. (Ergibt sich aus der Überschrift. 53jährige Frau. Ein Jahr nach der schwierigen abdominalen Totalexstirpation — das Karzinom hatte auf die Blase und die Ureteren übergegriffen — Rezidiv. Das Karzinom scheint nicht vom Fibromyom selbst ausgegangen zu sein.)

74. — Fibromyoma uteri complicated by an adenocarcinoma of the interior of the uterus. Sect. of obst. and gyn. of the royal Soc. of Med. Sitzg. vom 8. Okt. Ref. The Lancet. Nr. 4756. 24. Okt. S. 994. (Demonstration.)

75. Marek, R., Weitere Erfahrungen in der Behandlung der Uterusmyome. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 22. S. 745—750. (125 Fälle. Primärmortalität 0,8%; in 12,6% leicht gestörte Rekonvaleszenz. Hauptsächlich supravaginale Amputationen. Maligne Degeneration soll öfters vorkommen, wie bisher angenommen wurde; besonders vom 40.—50. Lebensjahr. Nichtoperierte Patientinnen müssen also, besonders in dieser Zeit, regelmässig kontrolliert werden. Von 16 mit Röntgenstrahlen behandelten Patientinnen sind 9 geheilt. Besonders mit der Intensivbestrahlung werden die Erfolge immer besser. Um die Operation einzuschränken, müssen aber noch mehr günstige Erfahrungen gesammelt werden.)

76. Mayer, A. und E. Schneider, Über Störung der Eierstocksfunktion bei Uterusmyom und über einige strittige Myomfragen. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 19. S. 1041—1043. (Die bekannte Tatsache, dass die Ovarien bei Uterusmyomen oft anatomisch verändert sind, wurde von den Verff. nach der Abderhaldenschen Reaktion geprüft und auch serologisch erklärt. Die Mehrzahl der Patientinnen bauten ihr eigenes Ovarium ab, das Ovarium anderer Myompatientinnen in etwa 50% der Fälle. Die Dysfunktion der Ovarien beim Myom ist nicht zufällig, sondern als die Ursache der

Myombildung anzusprechen. Auch die bei Myomen so häufig vorhandene Sterilität ist eine Folge der gestörten Eierstockstätigkeit.)

77. Mazet, Myom rouge de l'uterus. Lyon méd. Nr. 1. (Kasuistisch. Die Frage nach der Art dieser Gewebsveränderung — maligne Degeneration oder einfache Entzündungserscheinungen — scheint Verf. noch immer nicht gelöst.)

78. Mc Glinn, J. A., The heart and uterine fibroids. Transact. of the Amer. Gyn. Soc. Bd. 38. 1913. S. 482—515. Ref. The Brit. med. Journ. Nr. 2796. 1. Aug. Ep. of curr. med. litt. S. 19. Als Original erschienen in Surg., Gyn. and Obst. Bd. 18. Nr. 2. S. 180 bis 195. (Ein „Myomherz" gibt es nach den Untersuchungen des Verf. bei den Sektionen von 244 myomtragenden Frauen nicht. Die Myome des Uterus, welche in den mittleren und späteren Lebensjahren auftreten, sind so gut wie immer mit sklerotischen Herzaffektionen verbunden. Diese Affektionen sind eine Teilerscheinung eines allgemeinen Prozesses und stehen in keinem Zusammenhang mit dem Fibrom. Dadurch, dass grosse Tumoren durch Druck auf den Blutzirkulationsapparat des Beckens die Herzarbeit vergrössern, kann das Herz sekundär betroffen werden und infolgedessen fettige Degeneration, braune Atrophie, trübe Schwellung usw. auftreten.)

79. — Can surgery be eliminated in the treatment of fibroid tumors of the uterus? Surg., Gyn. and Obst. Bd. 19. Nr. 4. S. 515.

80. Mc Murtry, L. S., Hysteromyomectomy, its evolution and perfection. Surg., gyn. and obst. Bd. 18. Nr. 5. S. 556—559. (Entwicklung und Technik dieser Operation: supravaginale Amputation.)

81. Mendes de Leon, M. A., Sarkomatös entartetes Cervixmyom. Nederl. Gyn. Vereeniging. Sitzg. vom 18. Jan. Ref. Nederl. Tijdschr. v. Verlosk. en Gyn. 23. Jahrg. Heft 3/4. S. 294. (Holländisch.) (52jährige Nullipara, seit vier Jahren im Klimakterium; jetzt Blutungen. Der Tumor reichte bis am Nabel. Bei der schwierigen Totalexstirpation wurde der weit verlagerte Ureter durchschnitten und nachher in die Blase implantiert. Heilung mit leichten zystitischen Erscheinungen.)

81a. — Grosses Fbromyoma cervicis, das Schwierigkeiten bei der Diagnose gegeben, sowie auch bei der Operation (abdominale Totalexstirpation), wobei der rechte Ureter durchschnitten wurde; Implantation in die Blase. Ned. Gyn. Ver. 18. Jan. Ned. Tijdschr. v. Verl. en Gyn. 24. Jahrg. (Mendes de Leon.)

81b. Moll, E., Über die Bedeutung der sarkomatösen Degeneration von Uterusmyomen für die Strahlenbehandlung der Myome. Dissertatio in. Tübingen. Dez.

82. Moraller, F. K., Eigenartiger Fall von gestieltem Cervixmyom bei einer 49jährigen Frau, durch Totalexstirpation gewonnen. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin. Sitzg. vom 8. Mai. Ref. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 24. S. 1137. (Demonstration. Näheres wird nicht mitgeteilt.)

83. Newscham, W. H. C., Fibroid uterus. Bristol. med.-chir. Journ. Bd. 32. Nr. 123. S. 37—40. (Verf. ist auch bei kleinen Myomen für die Operation. Gute Erfolge der Totalexstirpation.)

84. Nijhoff, G. C., Demonstration von Myomen. Nederl. Gyn. Vereeniging. Sitzg. vom 24. Mai. Nederl. Tijdschr. v. Verlosk. en Gyn. Jahrg. 24. Heft 1. S. 74. [a) Myom uteri, kompliziert mit doppelseitiger tuberkulöser Pyosalpinx. b) Verkalktes Myom mit grossen, mit seröser Flüssigkeit gefüllten Blasen an der Aussenseite.] (Mendes de Leon.)

84a. Nordentoft, Jacob, An Röntgenbehandling af Fibromyomer i Uterus og Metrorrhagier. (Über Röntgenbehandlung von Fibromyomen im Uterus und von Metrorrhagien.) Ges. f. Gyn. u. Obst. Kopenhagen. 22. März. Ugeskr. f. Laeger. S. 1275 1288. (10 Fälle, wovon 9 mit gutem Resultat.) (O. Horn.)

85. Novogrodsky, B., Beitrag zur Frage der Cervixmyome. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 76. Heft 2. (Vier Fälle aus der Berner Klinik. Epikritische Bemerkungen über Diagnose, Differentialdiagnose und Therapie. Die Differentialdiagnose gegenüber Cervixsarkomen ist nur durch die mikroskopische Untersuchung möglich.)

86. Oberndorfer, S., Demonstration eines faustgrossen, ganz frei im Cavum uteri liegenden Myoms. Gyn. Ges. in München. Sitzg. vom 18. Juni. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 32. p. 1791. (Keine Verwachsungen. Die Ablösung von der Wand muss erst vor kurzer Zeit erfolgt sein, da das Myomgewebe noch gut erhalten ist.)

86a. Panner og Kjoergaard, An Röntgenbehandling af Metrorrhagier og Fibromer. (Über Röntgenbehandlung von Metrorrhagien und Fibromen.) Vortrag i. d. Ges. f. Gyn. u. Obst. Kopenhagen. 18. März. Ref. Ugeskr. f. Laeger. S. 1231—1251, 1275

bis 1288 u. 1916—1917. (Hypertrophia irregularis glandularis (Kjoergaard), die meistens nach Abrasio rezidiviert, scheint ein gutes Objekt für Röntgenbehandlung zu sein. In der Diskussion L. Meyer.) (O. Horn.)

87. Péraire, M., Trois cas de très gros fibromyomes utérins en dégénérescence nécrobiotique. Soc. de méd. de Paris. Sitzg. vom 28. März. Ref. Revue mens. de gyn., d'obst. et de péd. Nr. 6. S. 406. (Vortragender hat in 15 Jahren 11 Myome operiert, die infolge Degeneration schwere Erscheinungen machten, von denen drei durch Thrombophlebitis an den unteren Extremitäten. Trotz schwerer Symptome sind alle drei letzten Fälle geheilt. Die Operation machte jedoch immer grosse Bedenken und Vortragender drängt die Ärzte dazu, nicht zu lange zu warten, bis sie ihre Myome zur Operation schicken.)

88. Pergament, Sch., Über die Sarkome des Uterus. Dissert. in Basel 1913. (Siehe im Kapitel „Sarkome", Nr. 24.)

89. Pestalozza, G. D., La determinazione delle viscosità del sangue in alcuni tumori dell' utero e dell' ovaio. Ann. di ost. e gin. Nr. 4. S. 360—373. (Versuche an 22 Myompatientinnen mittelst des Viskosimeters von Hess und des Sphygmomanometers von Riva Rocci. Bei Myom ist der viskosimetrische Wert herabgesetzt, der sphygmometrische vergrössert. Die Bestimmung des sphygmoviskosimetrischen Koeffizienten kann der Differentialdiagnose zwischen Myom und Gravidität behilflich sein. Beim Karzinom — 16 Versuche — ist er nur mit den anderen klinischen diagnostischen Methoden wertvoll.)

90. Phillips, M. H., Specimen of a hydrometra. North of England obst. and gyn. Soc. Sitzg. vom 20. Nov. Ref. The Brit. med. Journ. Nr. 2817. 26. Dez. S. 1101. Lancet. Nr. 4765. 26. Dez. S. 1465. (56jährige Frau. Der Uterus hatte die Grösse einer Schwangerschaft im siebenten Monat angenommen. In der Cervix zahlreiche Myome.)

91. Pilsky, R., Demonstration von Myomen. Altonaer Ärztl. Ver. Sitzg. vom 29. April. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 23. S. 1310. (a) Uterus mit einem apfelgrossen, subserösen Myom, das vorn über dem inneren Muttermund gelegen war und starke Urinbeschwerden verursacht hatte. b) Grosses, verjauchtes, submuköses Myom, das in mehreren Sitzungen entfernt wurde.)

92. Pluyette, G. Pieri et L. Bernard, Fibrome du corps de l'utérus et cancer du col. Soc. de chir. de Marseille. Sitzg. vom 22. Jan. Ref. La Presse méd. Nr. 27. S. 263. (Demonstration eines Falles. Die histologische Untersuchung macht es wahrscheinlich, dass es sich um zwei von einander unabhängige Erkrankungen handelt. Diskussion: M. Jourdan, Roux de Brignoles und Juge teilen alle Fälle aus ihrer Praxis mit, in denen mehrere Jahre nach subtotaler Hysterektomie maligne Degeneration des Stumpfes entstanden war. Die Hysterektomie soll immer eine totale sein.)

93. Potherat, G., L'intervention chirurgicale dans les fibromes utérins. Clinique (Paris). 8. Jahrg. Nr. 37. S. 578—581. (Zwei abdominal, ein vaginal operierter Fall. Alle genasen. Indikation: Blutung und Schmerzen.)

94. Puppel, E., Abgebrochene Nadel im Myombett. Ärztl. Kreisverein Mainz. Sitzg. vom 20. Jan. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 10. S. 568. (1904 abdominale Enukleation eines Myoms. Bei der Naht des Wundbettes bricht eine Nadel ab und wird nicht gefunden. 1907 spontaner Partus. 1912 abdominale supravaginale Amputation des kindskopfgrossen myomatösen Uterus. Die Nadel sitzt in der Wand des alten Myombettes. Rezidivieren des Myoms durch Fremdkörperreiz?)

95. Purslow, C. E., Uterine fibroid showing advanced calcareous degeneration. Birmingham Branch of the Brit. med. Assoc. Sitzg. vom 6. März. Ref. The Brit. med. Journ. Nr. 2778. 28. März. S. 709. (Kasuistisch; 48jährige Frau.)

96. Py, L., Contribution à l'étude des myomes rouges de l'utérus. Thèse de Montpellier. 1913. Nr. 113. (35 Seiten.)

97. Rehr, C., Beiträge zum Schicksal des Cervixstumpfes nach supravaginaler Amputation wegen Myom. Dissert. in. Bonn. Mai.

98. Routier, Enorme fibrome sous-péritoneal dégénéré simulant un kyste de l'ovaire. Soc. de chir. de Paris. Sitzg. vom 1. Juli. (Demonstration des Präparates.)

99. de Rouville, G., Valeur actuelle de la castration ovarienne dans les hémorragies des fibromyomes. (Opération d'Hégar.) Réunion obst. et gyn. de Montpellier. Sitzg. vom 4. Febr. Ref. Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn. de Paris. Nr. 3. S. 232—237. Als Original erschienen i. d. Revue mens. de gyn., d'obst. et de péd. Bd. 9. Nr. 3. S. 161 bis 166. (Empfehlung der Hegarschen Kastrationsbehandlung der Myome für Frauen, die zu sehr heruntergekommen sind für die Hysterektomie. Sieben eigene Fälle. Die

Operation ist in Übereinstimmung mit den Resultaten neuerer Arbeiten über die Funktion der Ovarien als Organe innerer Sekretion.)

100. de Rouville, G., Totale on subtotale? De l'évidement systématique du moignon cervical dans l'hystérectomie subtotale. Arch. mens. d'obst. et de gyn. Nr. 7. S. 28.

101. Roy, J., Fibrome oedémateux du ligament large avec poche liquide simulant un pyosalpinx. Soc. anat. de Paris. März-Sitzg. Ref. Ann. de gyn. et d'obst. Bd. 11. Mai. S. 298—299. (Kasuistisch; ergibt sich aus der Überschrift.)

102. Rubin, I. C., Die Röntgendiagnostik der Uterustumoren mit Hilfe von intrauterinen Kollargolinjektionen. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 18. S. 658—660. (Das Verfahren lieferte bei Tierversuchen und an der Leiche gute Resultate. Bei der lebenden Frau hat es die Gefahren aller intrauterinen Injektionen, besonders wenn der Uterusinhalt infektiös ist. Hier könnte daher nur mit grosser Vorsicht, nach vorheriger Desinfektion, unter geringem Druck und mit unschädlichen Flüssigkeiten injiziert werden. — Siehe Bemerkung zu dieser Arbeit von Stiassny, Nr. 117.)

103. Ruppert, L., Demonstration eines Falles von Selbstamputation eines myomatösen, um seine Achse gedrehten Uterus. K. k. Ges. d. Ärzte in Wien. Sitzg. vom 9. Jan. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 4. S. 218. Wiener med. Wochenschr. Nr. 4. S. 152. Als Original erschienen i. d. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 11. S. 271—272. Ref. The Brit. med. Journ. Nr. 2796. 1. Aug. Ep. of curr. med. litt. S. 19. (Wegen Ileus wurde laparotomiert und man fand den Uterus an der Torsionsstelle von der Cervix abgerissen infolge Umschnürung derselben durch die Ligamente.)

104. Sakaki, C., Über die Spermareaktion. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 4. S. 179. (Es wurden menschliche Samenzellen der Einwirkung verschiedener Blutseren ausgesetzt. Je nach den Individuen ist die Agglutination, die in jedem Serum vor sich geht, verschieden. Im Serum von Myomkranken ist sie am stärksten.)

105. Schickele, G., Klinische und topographisch-anatomische Studien über Cervixmyome. Nebst Bemerkungen über ihre operative Entfernung. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 75. Heft 3. S. 684—731. (Einfluss der Cervixmyome auf die Umgebung: Verlagerungen der Artt. uterinae, der Blase, des Peritoneums, der vorderen Excavatio, der Ureteren, der Ligg. rotunda und infundibulo-pelvica, der Flexura sigmoidea usw. Die endgültige Orientierung ist erst nach der Eröffnung der Bauchhöhle möglich und gelingt am besten, indem man eventuell nach querer Spaltung des Peritoneums, der vorderen Excavatio den Tumorkomplex von vorn nach hinten absucht. Die Freilegung der vorderen Cervixwand und frühe Abtrennung der Scheide ermöglicht ein typisches und sicheres Operieren und ist eine nicht zu unterschätzende Erleichterung der Technik. Das Wachstum eines Myoms geschieht im allgemeinen gleichmässig nach allen Seiten und in geradlinig fortschreitender Richtung. Ungleichmässiges Wachstum kommt vor, scheint aber nicht von vornherein mit dem Widerstand von seiten der Umgebung zusammenzuhängen.)

106. Schklovsky, E., Demonstration eines degenerierten Fibromyoms. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu St. Petersburg. Sitzg. vom 31. Okt. 1913. Ref. La Gyn. Heft 1. S. 55. (46jähr. Frau; Tumor bis 4 cm oberhalb des Nabels. Blasenbeschwerden. Hysterektomie. Schwierigkeiten wegen zahlreicher Adhärenzen mit Darm und Blase.)

107. Schleicher, A., Über die Lymphbahnen der Myome. Dissert. in. Würzburg.

108. Schoenberg, A. J., The present status of fibroids of the uterus. The Amer. Journ. of obst. and dis. of women and children. Bd. 69. Nr. 435. März. S. 469—480. (Referat; nichts Eigenes, nichts Neues.)

109. Shoemaker, G. E., The treatment of necrosis of uterine fibroma. Amer. Journ. of obst. and dis. of women and childr. Bd. 69. Nr. 437. Mai. S. 778—783. (Prophylaktische Entfernung aller grossen Tumoren und solcher, die Erscheinungen machen, ist das Wichtigste. Besonders im Puerperium ist Nekrose eine häufige Komplikation. Die Röntgenbehandlung birgt die Gefahr in sich, Nekrose und Malignität zu übersehen. — Zur operativen Entfernung nekrotischer Tumoren empfiehlt sich vor allem die Enukleation und das vaginale Vorgehen überhaupt.)

110. Sieber, F., Zur Kasuistik der Portiomyome. Nordostdeutsche Ges. f. Gyn. Sitzg. vom 7. Febr. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. Heft 4. S. 569—571. Als Original erschienen im Zentralbl. f. Gyn. Nr. 22. S. 800—801. (42jährige Frau mit einem gänseeigrossen Tumor der vorderen Muttermundslippe. Derselbe wurde durch keilförmige Exzision entfernt und erwies sich als Myom. In der Literatur finden sich bis 1910 nur 29 Fälle von Portiomyomen.)

111. Siegelberg, Z., Über das gleichzeitige Vorkommen von Myom und Karzinom am Uterus. Diss. in. Erlangen 1913.

112. Smith, A., Fibromyoma presenting unusual features. Sect. of obst. of the Royal Acad. of Med. in Ireland. Sitzg. vom 6. März. Ref. The Journ of obst. and gyn. of the Brit. Emp. Bd. 25. Nr. 5. S. 297. (Symptom Schmerz, erklärlich infolge von Darmadhäsionen.) (J. Veit.)

113. Smyly, W. J., Fibromyoma from a girl aged 21. Sect. of obst. of the Royal Acad. of Med. in Ireland. Sitzg. vom 6. Febr. Ref. The Journ. of obst. and gyn. of the Brit. Emp. Bd. 25. Nr. 2. S. 109—110. The Brit. med. Journ. Nr. 2774. 28. Febr. S. 482. (Intraligamentär entwickelter zystischer Tumor bei einem 21 jährigen Mädchen. Die Diagnose war auf einen Ovarialtumor gestellt worden. — Fitz Gibbon zeigt ein ähnliches Myom bei einer 29 jährigen Frau entfernt, bei der zuerst an Gravidität gedacht worden war. Obschon Zweifel bestand, ob nicht auch Sarkom vorlag, hat Vortragender nur Myomektomie gemacht, um eventuell nach der mikroskopischen Untersuchung noch den Uterus zu entfernen.)

114. Solomons, B. A. H., Specimen of fibroid uterus. Sect. of obst. of the Royal Acad. of Med. in Ireland. Sitzg. vom 30. Okt. Ref. The Brit. med. Journ. Nr. 2812. 21. Nov. S. 879. Lancet. Nr. 4761. 28. Nov. S. 1252. (Der mit Myomen durchsetzte Uterus stammt von einem unverheirateten 27 jährigen Mädchen. Curettage und styptische Behandlung waren vergebens gewesen; Myomektomie unmöglich.)

115. Spencer, H., Demonstration of a degenerated myomatous uterus resembling the pregnant organ. Sect. of obst. and gyn. of the royal Soc. of Med. Sitzg. vom 5. Febr. Ref. Proceed. of the royal Soc. of Med. Bd. 7. Nr. 5. S. 179—182. The Journ. of obst. and gyn. of the Brit. Emp. Bd. 25. Nr. 3. S. 170. (Bei 43 jähriger Virgina entfernt. Differentialdiagnostik. Am wichtigsten sind dabei die Ausbuchtung des unteren Uterinsegments und das Fehlen von Ballotement, die für Myome sprechen.)

116. Stemmelen, H., Ein Adenomyom im Septum rectovaginale. Dissert. in. Strassburg. Jan. (Kasuistische Mitteilung. Soll aus der untersten Partie der Bauchfellserosa entstanden sein.)

117. Stiassny, S., Über Röntgendiagnostik der Uterustumoren. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 22. S. 800. (Zu dem Vorschlag von Rubin — cf. Nr. 102 — Kollargollösung in das Uteruskavum zu instillieren, zwecks Röntgenuntersuchung, bemerkt Stiassny, dass dies Verfahren gefährlich sei, zweckmässiger sei eine 5%ige Protargolsalbe, die mit einer erwärmten Thermophorspritze in den Uterus gebracht wird.)

118. Tarnowsky, G., Calcified fibroma uteri compressing the sigmoid colon. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 19. Nr. 2. S. 169. (Kasuistisch. Auf Grund des Literaturstudiums und eines eigenen Falles wird auf die Ursachen und Gefahren der Verkalkung eingegangen. Da sie meist erst in der Menopause eintritt und noch im hohen Alter Komplikationen hervorrufen kann, besteht die Meinung der natürlichen Heilung der Myome in hohem Alter zu Unrecht und soll der Tumor immer möglichst frühzeitig operativ entfernt werden.)

119. Tavernier et A. Chalier, Fibroma de l'isthme utérin et rétention d'urine. Soc. d. scienc. méd. de Lyon. Ref. Revue de chir. Jahrg. 34. Nr. 5. S. 707. (Bericht eines Falles, bei dem wegen Urinretention die Hysterektomie vorgenommen werden musste.)

120. Tédenat, E., Sur les fibro-myomes du col de l'utérus. Soc. d'obst. et de gyn. de Paris. Ref. Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn. de Paris. Nr. 4. S. 316—324. (Auf einem Material von 400 Uterusmyomen kamen 10 Zervikalmyome vor, wovon 6 solitär waren. Krankengeschichten; Operationsberichte.)

121. — Inversion de l'utérus. Réunion obst. et gyn. de Montpellier. Sitzg. vom 3. Dez. 1913. Ref. Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn. de Paris. 1913. Nr. 9. S. 804—810. Revue de gyn. et de chir. abd. Bd. 22. Nr. 3. S. 248—250. (Kasuistisch. 41 jährige Nullipara. Plötzlich starke Blutung und Unterleibsschmerzen am zweiten Tage der Regel. Mandarinengrosser Tumor mitten auf den Fundus des total invertierten Uterus. Der Tumor konnte leicht enukleiert werden, aber die Reinversion gelang nicht. Laparotomie und subtotale Hysterektomie. — Diskussion: Forgue teilt einen ganz ähnlichen Fall mit bei einer 61 jährigen Frau, jedoch mit chronischem Verlauf während 10 Jahren. Vaginale Hysterektomie. Heilung. Vortragender bespricht den Mechanismus der Inversion. — Puech, Vallois.)

122. Tweedy, E. Hastings, Specimen of myoma, which had undergone mucoid degeneration. Sect. of Obst. of the Royal Acad. of Med. in Ireland. Sitzg. vom 3. April. Ref. The Lancet. Nr. 4731. 2. Mai. S. 1255.

123. Ulesko-Stroganowa, K. P., Zur Histogenese der Uterusmyome. 5. Kongr. russ. Geb. u. Gyn. Charkow. 28.—30. Dez. 1913. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. Heft 4. S. 587. Als Original erschienen im Journ. akusch. i shensk. bol. Bd. 29. Nr. 4. S. 501—510. (Russisch.) Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. Heft 3. S. 387. (Die Myome sollen aus grossen, kugeligen Bindegewebszellen entstehen, die sich in den Septen zwischen den einzelnen Muskelbündeln befinden („tissu cystogène" nach Claisse) oder in entzündliches Keimgewebe (Opitz). Jedoch gilt dies nur für einige lappige Formen von Myomen und kann nicht auf alle ausgedehnt werden. — Mit 5 Abbildungen.)

124. Unterberger jr. F., Myomata uteri mit Tuberkulose der Adnexe und des Peritoneums. Nordostdeutsche Ges. f. Gyn. Sitzg. vom 29. Nov. 1913. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. Heft 2. S. 255. (43jährige Nullipara, die seit 10 Jahren Geschwulst im Unterleibe gespürt hat. Die Komplikation, welche sehr selten ist, wurde erst bei der Laparotomie entdeckt. Vielleicht schafft die Hyperämie, die durch die Myome erzeugt ist, einen günstigen Boden für die Tuberkelbazillen. In der Mucosa uteri fehlten Tuberkelknoten vollständig. Diskussion: E. Schroeder teilt einen ähnlichen Fall mit. Im oberen Abschnitt des Uterus war jedoch die Schleimhaut völlig durch tuberkulöses Granulationsgewebe ersetzt.)

125. — Inversio uteri chronica infolge eines kindskopfgrossen, in die Scheide geborenen Myoms. Nordostdeutsche Ges. f. Gyn. Sitzg. vom 29. Nov. 1913. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. Heft 2. S. 256. (46jährige VIIIpara; letzter Partus vor 11 Jahren, mit der Diagnose Karzinom dem Krankenhause überwiesen. Abtragen des Myoms ohne Narkose. Dann zeigte sich der völlig invertierte Uterus als ein eitrig belegtes Gebilde in die Vagina hineinragend. Wegen des desolaten Allgemeinzustandes der Patientin erst fünf Wochen später vaginale Exstirpation des Uterus. Heilung. — Diskussion: Sachs erklärt die Entstehung der Inversion im Sinne, wie Thorn ihn geschildert hat.)

126. — 1. Uterus duplex subseptus myomatosus. — 2. Uterus mit kindskopfgrossem, intraligamentär entwickeltem Cervixmyom. Nordostdeutsche Ges. f. Gyn. Sitzg. vom 20. Juni. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. Heft 2. S. 317. (Kasuistik.)

127. Vanelli, V., Metriti e neoplasmi dell' utero. Napoli 1913. (257 Seiten; Preis 10 Lire.)

128. Vartazaroff, Valeur actuelle de l'opération de Battey dans les hémorragies des fibromes utérins. Thèse de Montpellier. 1913. Nr. 23. (75 Seiten.)

129. Vautrin, Quelques considérations sur l'inversion utérine et sur la cure conservatrice qui lui est applicable. La Gyn. 1913. Nr. 12. S. 705—727. (Siehe im Kapitel „Pathologie des Uterus", 4d) Inversio uteri chronica, Nr. 12. — Die durch Myome verursachte Inversion ist meist partiell. Der Tumor sitzt fast immer im Fundus und seine Entfernung hat fast immer den spontanen Rückgang der Inversion zur Folge. Totale Inversion durch Myome ist selten und Verf. teilt zwei Fälle davon mit. Es konnte dabei vaginale Enukleation gemacht werden, im einen Falle leicht, im anderen schwierig; die Reduktion gelang und war dauernd. Auch hat Verf. eine komplette Inversion gesehen infolge eines zystisch und sarkomatös degenerierten Myoms. Der Allgemeinzustand liess keine Operation zu und Patientin kam bald infolge unstillbarer Blutungen zum Exitus.)

130. Vialle, G., Contribution à l'étude des fibromes utérines. Thèse de Montpellier. 1913. Nr. 89. (50 Seiten.)

131. Vineberg, H., Rapid recurrence following total hysterectomy of a fibromyoma with sarcomatous elements. New York obst. Soc. Sitzg. vom 13. Jan. Ref. The Amer. Journ. of obst. and dis. of women and children. Bd. 69. Nr. 436. April. S. 673. (48jährige Frau. Makroskopisch war an dem Myom nichts zu sehen gewesen. Nach einigen Monaten schon bemerkte die Frau tumorartige Massen im Bauch; nach 11 Monaten, als sie sich dem Arzte vorstellte, war der Fall schon inoperabel.)

132. v. Waasbergen, G. H., De sterfte aan niet geopereerde baarmoedermyomen. (Die Sterblichkeit an nicht operierten Uterusmyomen.) Nederl. Maandschr. v. verlosk., vrouwenz en kinderzeneesk. Bd. 3. Nr. 4. S. 216—234. (Holländisch.) (Statistische Zusammenstellung aus der Literatur, aus der Verf. zum Schluss kommt, dass, wenn man Myome sich selbst überlässt, das Leben der Patientinnen in sehr grosser Gefahr und es unverantwortlich sei, solche Kranke mit der Menopause zu trösten. Nichts Eigenes.)

133. Wald, H., Ein Fall von Adenomyom der Cervix uteri. Beitrag zur Lehre von den Adenomyomen. Dissert. in. München. Juli.

134. Weisswange, F., Demonstration eines Cervixmyoms mit maligner Degeneration. Gyn. Ges. zu Dresden. Sitzg. vom 29. Mai 1913. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 2. S. 89. (Mannsfaustgrosses Myom, das mit zweifingerbreitem Stiel an der Cervix sitzt. Dasselbe ist fest im Becken eingekeilt und macht starke Druckerscheinungen. Beim Aufschneiden des Tumors, der vollständig glatte Oberfläche hat, finden sich in der Mitte desselben zwei walnussgrosse, weiche Stellen, die sich mikroskopisch als Fibrosarkome erweisen.)
135. Werder, X. O., Myomectomy with extensive resection of the uterus in fibroid tumors. Amer. Assoc. of obst. and gyn. Sitzg. in Buffalo, 15.—17. Sept. Ref. The Amer. Journ. of obst. and dis. of women and children. Bd. 70. Nr. 443. S. 747—756. (Empfehlung dieses Vorgehens auf Grund eigener Erfahrungen. Die Mortalität betrug bei 536 Hysterektomien 3,45% und bei 171 Myektomien nur 2,33%. Auch das Morbiditätsverhältnis fällt zu gunsten der letzteren Operation aus. Einige Krankengeschichten werden in Tabellenform mitgeteilt. — Diskussion: Dickinson frägt nach der Emboliegefahr. Carstens, Morris, Pantzer, Miller u. a.)
136. Wijn, C. L., Over orgaantherapie bij menstruatiestoornissen en fibromyomata uteri. Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. 1913. I. Hälfte. Nr. 12. S. 604—606. (Holländisch.) (Empfehlung des Mammae siccatae Merck bei Myomblutung, auf Grund von eigenen Erfahrungen an zwei Fällen. — Erwiderung cf. v. d. Hoeven, Nr. 51.)
137. v. Winiwarter, A. F. Ritter, Die Verteilung der Extraktivstoffe in der glatten Muskulatur des Uterus. Arch. f. Gyn. 1913. Bd. 100. Heft 3. S. 530—539. (Auch Myomgewebe wurde untersucht. Es ist ein Schritthalten der Extraktivstoffe im Uterus mit der Volums- und Gewichtszunahme infolge der Tumorbildung zu konstatieren.)
138. Wolff, A., Auf Nachbarorgane übergreifende Adenomyome. Mittelrhein. Ges. f. Geb. u. Gyn. Sitzg. vom 14. Dez. 1913. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. Heft 4. S. 580—582. (Zwei Fälle. Beide zeigten: Retroflexio uteri, im hinteren Scheidengewölbe kleinapfelgrosser, mit Cervix und Rektum zusammenhängender Tumor. Bei den Totalexstirpationen musste die Rektalwand bis auf die Mukosa freigelegt resp. eröffnet werden. Die Bösartigkeit derartiger heterotoper Proliferationen — mikroskopisch Drüsenzüge von der Korpusschleimhaut in die breiten Bänder zum Rektum ziehend — wird nachdrücklich negiert. Als Ausgangspunkt kommen Serosa und Uterusmukosa in Frage, ferner heterotope Adenomyome. Der eine der beiden selbstbeobachteten Fälle rezidivierte [sehr selten! Ref.] und wurde ohne wesentlichen Erfolg bestrahlt.)
139. Young, H. H., Fibropolyp of the uterus undergoing sarcomatous degeneration. New York Acad. of Med. Sitzg. vom 24. März. Ref. The Amer. Journ. of obst. and dis. of women and children, Bd. 69. Nr. 438. Juni. S. 1050—1051. (Kasuistik. 32jährige Frau. Vor acht Monaten erste Entbindung. Ein später entfernter zweiter Polyp war gutartig. Keine Uterusexstirpation.)
140. Zweifel, P., Demonstration eines Uterus myomatosus mit beginnender Gangrän des sub partu befindlichen, strangartig ausgezogenen Myoms. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Leipzig. Sitzg. vom 19. Jan. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 26. S. 936.

Über die **Ätiologie** der Myome ist wenig bekannt. Nach einigen Autoren soll die **Ovarialfunktion** mit der Myombildung im Zusammenhang stehen. Benthin (cf. Kapitel „Physiologie und Pathologie der Menstruation", Nr. 7), de Jong (56), de Rouville (99) und Mayer und Schneider (76) haben sich nach dieser Richtung hin ausgesprochen. Letztere Autoren fanden mit Hilfe der **Reaktion nach Abderhalden,** dass die Mehrzahl der Myompatientinnen ihr eigenes Ovarium abbauen, das Ovarium anderer Myomkranken in etwa 50% der Fälle. Die Dysfunktion der Ovarien beim Uterusmyom soll keine zufällige sein.

Auch an einen Zusammenhang zwischen **Entwicklungsstörung des Uterus** und Myombildung ist gedacht worden. Fälle solchen Zusammentreffens sind schon im Kapitel „Pathologie des Uterus", 2. „Entwicklungsfehler" erwähnt worden. Weitere Fälle wurden von Benthin (5), Grad (48) und Unterberger jun. (126) publiziert. Benthin (5) glaubt jedoch nicht an den Zusammenhang zwischen diesen beiden Anomalien. Im Material der Königsberger Frauenklinik aus den letzten 10 Jahren fand er unter 912 exstirpierten myomatösen Uteri nur zwei, die nicht normale Entwicklung zeigten, und dies waren die beiden einzigen unter 24 Doppelbildungen des Uterus, die Myome aufwiesen.

Das Zusammentreffen von Myom und **Vergrösserung der Schilddrüse** wurde von Barrows (2) näher studiert und dieser Autor erwähnt zwei Fälle von **Basedowscher Erkrankung** bei **Myompatientinnen.** Nach v. Graff (49) soll die Kombination dieser beiden Erkran-

kungen nicht häufig sein. Ebenso wie er hat auch Elsner (25) an der Hand eines grossen Materials versucht, in die gegenseitigen Verhältnisse von Basedowscher Krankheit und Uterusmyom einen Einblick zu gewinnen. Unter 186 Basedow-Fällen bei Frauen waren 15% mit Myomen des Uterus kombiniert; weder hatte die Myomexstirpation Einfluss auf die Struma, noch umgekehrt die Thyreoidektomie auf den Uterustumor.

Ulesko-Stroganowa (123) hat einen Beitrag zur **Histogenese** der Uterusmyome geliefert. Für einzelne Formen von Myomen fand er, dass diese aus grossen, kugeligen Bindegewebszellen entstehen, die sich in den Septen zwischen den einzelnen Muskelbündeln oder in entzündlichem Keimgewebe befinden.

Nach v. Hansemann (cf. Kapitel „Karzinome", Nr. 112) steht die Myombildung unter einem ganz ausgesprochenen Einfluss der Rasseneigentümlichkeiten.

Pestalozza (89) bestimmte an 22 Myompatientinnen die **Viskosität des Blutes** und den **Blutdruck**. Er fand im allgemeinen erstere herabgesetzt und letzteren erhöht.

Lohmeier (67) stellte fest, dass bei Myomen, wenn sie nicht verjaucht sind, eine verstärkte Wirkung des proteolytischen Leukozytenfermentes, wie beim Karzinom, Tuberkulose usw. nicht eintritt.

Sakaki (104) fand seine Spermareaktion bei Myomkranken am stärksten.

Die **Morphologie** der Uterusmyome wurde von Freudenthal in seiner Dissertation (35) näher studiert. Die Doktorarbeit von Schleicher (107) befasst sich mit der Beschreibung der **Lymphbahnen** der Myome.

v. Winiwarter (137) fand bei seinen Untersuchungen nach der Verteilung der Extraktivstoffe in der glatten Muskulatur des Uterus, dass bei Myomen ein Schritthalten dieser Stoffe im Uterus mit der Volums- und Gewichtszunahme infolge der Tumorbildung zu konstatieren ist.

Das Zusammentreffen von **Myom und Karzinom** im selben Uterus ist nicht sehr selten. Es sind wieder mehrere solche Fälle beschrieben worden, u. a. von Bovee (9), Fitz Gibbon (32), Jansen (54), Malcolm (73 u. 74), Pluyette (92) und Siegelberg (111; Dissertation). Göbel (42) hat dieses Zusammentreffen als Thema seiner Dissertation gewählt. Weitere Fälle sind im Kapitel „Karzinome" erwähnt worden. — Malcolm (73) und Pluyette (92) glauben, dass es sich in ihren Fällen um zwei voneinander unabhängige Erkrankungen handelt. Nach Jansen (54) wird die Entstehung des Korpuskarzinoms zweifellos vom Myom begünstigt. In seinem eigenen Material kamen auf insgesamt 458 Fälle von Myom, von denen 306 operiert wurden, 13 Fälle von Korpuskarzinom, d. h. 2,8% aller, 4,25% der operierten Fälle. Die Hyperämie der Mucosa uteri myomatosi ist jedoch das einzige bekannte Moment, das als ein die Entstehung des Korpuskarzinoms begünstigender Vorgang herangezogen werden könnte. Denselben prädisponierenden Faktor zieht Unterberger jun. (124) heran für das Zusammentreffen von **Myom und Tuberkulose** im selben Uterus.

Decio (22) kommt auf Grund von 11 selbst beobachteten und genau histologisch untersuchten Fällen zum Schluss, dass etwa 10% der Uterusmyome von **Ovarialblutungen** begleitet sind. Diese können teilweise durch Zirkulationsstörungen, teilweise durch Gefäss- und Stromaveränderungen erklärt werden. Dieselben haben jedoch meist nur pathologisch-anatomisches Interesse. Weitere Untersuchungen über Ovarialveränderungen bei Myomen stammen von de Jong (56; interstitielle Drüse) und Mayer und Schneider (76).

Für das Vorkommen eines **Myomherzens** sind nach Barrows (2) die Beweise schwierig zu erbringen. Dennoch ist ein deletärer Einfluss der Myome auf das Herz nicht zu verkennen und vielleicht toxisch, auf dem Umwege über die Schilddrüse zu erklären. Mc Glinn (78) hat die Herzen von 244 verstorbenen Frauen mit Uterusmyomen untersucht und kommt zum Schluss, dass es ein Myomherz nicht gibt. Jedoch sind die Myome des Uterus, welche in den mittleren und späteren Lebensjahren auftreten, so gut wie immer mit sklerotischen Herzaffektionen verbunden. Diese Affektionen sind eine Teilerscheinung eines allgemeinen Prozesses und stehen in keinem direkten Zusammenhange mit der Uterusgeschwulst. — Auch Mahler (72) hat die pathologisch-anatomischen Veränderungen, Ursachen und Symptome des „Myomherzens" und den Einfluss der Strahlenbehandlung auf dasselbe studiert. Seiner Ansicht nach spielt ein qualitativ verändertes Ovarialsekret bei der Entstehung des Myomherzens eine Rolle. Der Einfluss der Bestrahlung auf das Herz war in 11 Fällen objektiv und subjektiv ein sehr günstiger.

Zur **Symptomatologie** der Myome seien hier nur einzelne Publikationen hervorgehoben, in denen über seltenere oder besonders stark in den Vordergrund tretende **Komplikationen** berichtet wird. So beschreibt Aubert (1) einen Fall von extremer Anämie, der zufolge die Patientin noch eine Woche nach der Hysterektomie in grösste Lebensgefahr kam. Die Fälle von Le Filliatre (31), Pilsky (91), Schklovsky (106) und Tavernier und Chalier

(119) zeigten besonders starke Blasenbeschwerden. Ruppert (103) demonstrierte einen myomatösen Uterus, der durch Achsendrehung und infolgedessen Umschnürung der Cervix durch die Ligamente zur Selbstamputation kam. Die Patientin wurde wegen Ileuserscheinungen laparotomiert. Binet (6) sah in einem von ihm beobachteten Falle nach der Menopause Einklemmungserscheinungen entstehen durch ein verkalktes Myom, das früher keine Beschwerden gemacht hatte. Durch Schlag auf den Bauch erfolgte im Falle Bogoras' (7) bei einem Myoma uteri intraabdominelle Blasenruptur. Chalier (18) und Phillips (90) beschreiben Fälle von ausserordentlich grosser Hydrometra infolge eines Uterusmyoms. A. Smith (112) sah besonders starke Schmerzen auftreten, die durch Darmadhäsionen erklärt wurden. Tarnowsky (118) beobachtete Kompression des Kolon durch ein verkalktes Myom. Fälle von chronisch verlaufender Inversion des Uterus infolge eines Myoms sind im Kapitel „Pathologie des Uterus" erwähnt worden. Tédenat (121), Unterberger jun. (125) und Vautrin (129) bringen weitere Fälle.

Rubin (102) will die **Diagnostik** der Myome erleichtern durch Röntgenaufnahme des mit Kollargol ausgefüllten Uterus. Stiassny (117) hält die intrauterine Kollargoleinspritzung für gefährlich und empfiehlt statt dessen eine 5 %ige Protargolsalbe. Übrigens macht die **Differentialdiagnose** gegenüber anderweitigen Erkrankungen der Genitalorgane und deren Umgebung oft Schwierigkeiten. So hatten u. a. Briggs (12), Fitz Gibbon (cf. Smyly, 113) und Spencer (115) Mühe, ihre Myome von Schwangerschaften zu unterscheiden. Nach Pestalozza (89) kann dazu die Bestimmung der Viskosität des Blutes und des Blutdruckes behilflich sein.

Besonders gestielte und intraligamentär entwickelte und erweichte Myome können zu Verwechslungen mit Tubenerkrankungen und Ovarialtumoren Anlass geben, wie aus den Fällen von Briggs (12), Chalier (18), Routier (98), Roy (101) und Smyly (113) hervorgeht.

Von Halban (50), Roy (101), Smyly (113), Unterberger jun. (126) u. a. wurden Fälle solcher vorwiegend **intraligamentärer Entwicklung** von Myomen beschrieben. Halban (50) demonstrierte auch ein 530 g schweres **Myom des Ligamentum rotundum,** Gough (44) ein **Myom des Colon sigmoideum.**

Cervixmyome wurden von Kouwer (59), Novogrodsky (85; vier Fälle), Schickele (105), Tédenat (120; 10 Fälle), Unterberger jun. (126), Wald (133) und Weisswange (134) gesehen. Schickele (105) beschäftigte sich besonders mit der Klinik und topographischen Anatomie dieser Tumoren und deren operativen Entfernung. Sieber (110) beschrieb ein **Portiomyom** und konnte 29 Fälle dieser Art aus der Literatur bis 1910 zusammenstellen. Im Falle Fischers (cf. Kapitel „Myom und Schwangerschaft", Nr. 13) gab ein Portiomyom ein Geburtshindernis ab.

Besonders **frühes Auftreten** sah Smyly (113) bei einem 21jährigen Mädchen. Um aussergewöhnlich **grosse Myome** handelte es sich in den von Brettauer (11), Bruno (14), Chestakoff (19), Horwitz (52) und v. Lingen (66) beobachteten Fällen; um besonders **zahlreiche Myome** bei den Patientinnen von Macnaughton-Jones (71) und Solomons (114). **Gestielte und stieltorquierte** subseröse Myome werden von v. Assen und Bender (cf. Kapitel „Myom und Schwangerschaft", Nr. 1 resp. 5), Dartigues (21), Goullioud (45), Moraller (82) und Oberndorfer (86) beschrieben, Fälle von **spontaner Ausstossung** submuköser Myome von Kouwer (59), Young (139) und Zweifel (140) publiziert.

Von den **besonderen Formen** von Myomen sei das Vorkommen folgender hervorgehoben.

Adenomyome und **Adenomyosis uteri:** Bortkiewitsch (8; 10 Fälle), Cullen (20), Frankl (34), Gough und Stewart (44), Griffith (cf. Kapitel „Myom und Schwangerschaft", Nr. 16; guter Erfolg der Röntgenbestrahlung), Jacobs (53; Dissertation; vier Fälle), Jessup (55), Lahm (61), Leitch (63), Stemmelen (116), Wald (133; Dissertation) und Wolff (138). Ersterer hält die meisten sogenannten Uterusadenomyome nicht für eigentliche Geschwülste, sondern nur Ergebnisse der auf dem Boden chronischer Entzündung entwickelten Muskelhyperplasie. Des öfteren greifen sie auf andere Organe, bis aufs Rektum, über. Trotzdem scheinen sie keinen malignen Charakter zu haben und **Rezidive** sind auch nach unvollständiger Exstirpation selten (cf. Wolff, 138). Mit der Histogenese dieser Tumoren haben sich besonders Bortkiewitsch (8) und Wolff (138) befasst.

Zystische Myome: Beckmann (3), Brettauer (11), Horwitz (52).

Lymphangiektatische und **teleangiektatische Myome:** Chestakoff (19), Le Filliatre (31), Horwitz (52), v. Lingen (66).

Fettige Degeneration: Ley (64); **schleimige Degeneration:** Tweedy (122).

„Rote" Degeneration: Mazet (77), Py (96), Purslow (cf. Kapitel „Myom und Schwangerschaft", Nr. 35.)

Verkalkte Myome: Nijhoff (84), Purslow (95), Tarnowsky (118).

Nekrose und Gangrän: Dartigues (21), Fiedler (30; Dissertation), Kitagawa (57; Dissertation), Péraire (87; drei Fälle), Pilsky (91), Routier (98), Schklowsky (106), Shoemaker (109), Spencer (115) und Zweifel (140). Siehe ferner auch im Kapitel „Myom und Schwangerschaft".

Leiomyoma malignum: Lahm (60).

Maligne Degeneration: Bretschneider (10; unter 180 Fällen achtmal), Broun (13), Favell (27), Geist (37 u. 38; unter 316 Fällen 16mal. In der Diskussion teilt Boldt mit, dass er in 10—12 Fällen, bei denen die supravaginale Amputation ausgeführt wurde, den Exitus der Patientin an malignen Tumoren gesehen hat), Lilley (65), Losinsky (70), Marek (75), Mendes de Leon (81), Pergament (88; fünf Fälle), Vautrin (129), Vineberg (131), Weisswange (134) und Young (139). Siehe zu diesem Thema auch im Kapitel „Strahlentherapie der Myome" u. a. die Arbeiten von Döderlein, Krönig, Lacaille, Moll und im Kapitel „Myom und Schwangerschaft" die von Matvéieff (31). — Geist (cf. Kapitel „Sarkome", Nr. 9) hat sich eingehend mit der **Histogenese** der sarkomatösen Veränderungen in Myomen beschäftigt. Es soll sich dabei weder um Degeneration, noch um regressive, sondern im Gegenteil um progressive Veränderungen handeln. Die sarkomatöse Umwandlung nimmt vom Muskelgewebe, nicht vom Bindegewebe ihren Ausgangspunkt.

Die **Therapie** der Myome hat in den letzten Jahren grosse Wandlungen erfahren. Die Strahlenbehandlung ist ganz in den Vordergrund getreten.

Democh-Mauermeier (23) empfiehlt noch die Bäderbehandlung, Fenini (29) die Verfahren nach d'Arsonval und Apostoli.

Die **Organotherapie** findet ebenfalls einige Fürsprecher. So hatte angeblich Girol (41) mit Ovarienextrakten, Jayle (cf. Kapitel „Pathologie des Uterus", 3b „Metropathien, Endometritis", Nr. 33) mit Hypophysenpräparaten einigen Erfolg. Lombardo (69) und Wijn (136) sahen günstige Wirkung, besonders auf die Blutungen, von Mammapräparaten. Diese letzteren verwirft dagegen v. d. Hoeven (51) vollständig. Gegen die Blutungen werden von Lambinon (62) intrauterine Injektionen von 90°igem Alkohol empfohlen. Die Behandlung soll jedoch recht lange dauern.

Von grösster Bedeutung sind die Erfolge der **Strahlentherapie** bei Myomen. Siehe dazu das diesbezügliche besondere Kapitel.

Für viele Fälle bleibt jedoch immer noch die Operation indiziert. Diese **Indikationen zum chirurgischen Eingreifen** kommen in den Arbeiten von Bucura (15), Donald (24), Fehling (28), Frankenstein (cf. Kapitel „Strahlentherapie der Myome", Nr. 25), Marek (75), Mc Glinn (79), Potherat (93), Tarnowsky (118), v. Waasbergen (132) u. a. zur Sprache, meist auch in ihrer Abgrenzung gegen die Anweisungen zur Strahlenbehandlung. **Operationsstatistiken** wurden in diesem Jahre von Bretschneider (10; von 104 Operierten starb nur eine), Donald (24; Mortalität auf 309 Operationen 2,9%), Falgowski (26; 78 Operationen), Giles (39), Goldstein (43; Dissertation; 2,3% Mortalität auf 85 Fälle), Löhnberg (68; 50 Fälle von vaginaler Korpusamputation nach Rieck), Marek (75; 125 Operationen; Primärmortalität 0,8%), v. Waasbergen (132) und Werder (135; bei 536 Hysterektomien 3,45% Mortalität; bei 171 Myektomien nur 2,33%) veröffentlicht.

Die **Wahl des Operationsverfahrens** für die einzelnen Fälle von Myomen kommt in den Arbeiten von Donald (24), Falgowski (26), Goldstein (43), Newscham (83) und Potherat (93) zur Sprache. Vielfach werden für besondere Fälle **besondere Methoden** empfohlen. So u. a. die keilförmige Myomektomie resp. infrakorporeale Amputation zum Zwecke der Erhaltung der menstruellen Funktion von Falgowski (26), Garnier (36; Dissertation), de Rouville (99) und Werder (135). — Löhnberg (68) sah in 50 Fällen sehr gute Resultate von der vaginalen Korpusamputation nach Rieck, die er besonders zur Bekämpfung sonst nicht zu verringernder Blutungen empfiehlt. Marek (75) und Mc Murtry (80 haben besondere Erfahrung mit der supravaginalen Amputation. De Rouville (99) lobt die operative Kastration nach Hegar, Vartazaroff (128) die Operation nach Battey.

Die Furcht vor **maligner Degeneration des zurückgelassenen Cervixstumpfes** ist nach Ansicht der meisten Autoren unbegründet: Donald (24), Falgowski (26) u. a. Trotzdem werden in der Diskussion zu den Vorträgen von Geist (38) und Pluyette (92) mehrere Fälle mitgeteilt, in denen die Patientinnen mehrere Jahre nach der subtotalen Hysterektomie an malignen Tumoren zugrunde gingen. Rehrs Dissertation (97) bringt Beiträge zum Schicksal des Cervixstumpfs nach supravaginaler Amputation wegen Myom.

Puppel (94) hat **Rezidiv nach Enukleation** eines Myoms gesehen (infolge Fremdkörperreiz?), was nach Goullioud (47) ein seltenes Vorkommnis ist. Kouwer (58) erlebte eine **Sepsis** im Anschluss an denselben operativen Eingriff. Mendes de Leon (81) durch-

schnitt bei einer Totalexstirpation eines ausserordentlich grossen Tumors den Ureter. Die Dissertation von Fraistat (33) handelt über die **Emboliegefahr** nach gynäkologischen Operationen und berücksichtigt auch besonders die Myomoperationen.

Strahlentherapie der Myome[1]).

(S. a. „Strahlentherapie der Karzinome" und für die Technik: Kap. II „Elektrizität usw.)

1. Albers-Schönberg, H. E., Das Problem der Heilwirkung der Röntgenstrahlen. Zeitschr. f. ärztl. Fortb. Heft 1. S. 12—19. (Übersicht der Entstehung und der bisherigen Leistungen der Röntgentherapie. Nicht speziell gynäkologisch.)
2. Alexandrow, Th., Über Röntgentherapie in der Gynäkologie. 5. Kongr. russ. Geb. u. Gyn. Charkow. 28.—30. Dez. 1913. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. Heft 4. S. 588. (Empfehlung von mittleren Dosen, die zwischen der Gaussschen und der Albers-Schönbergschen liegen. In einem Falle bildete sich infolge der Bestrahlung in einem grossen Myom eine grosse Zerfallshöhle.)
3. — Ergebnisse der Behandlung von Fibromyomen des Uterus mit Röntgenstrahlen. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Moskau. Ref. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 26. S. 1249. Als Original erschienen i. d. Medizinskoje Obosrenije. Nr. 6. Nowoje w Med. Nr. 1. S. 4—11. (Russisch.) Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 27. S. 1525. (13 abgeschlossene Fälle. Bei fünf Patientinnen wurde Amenorrhoe, bei sieben Oligomenorrhoe erzielt. Eine vollständige Atrophie der Geschwulst trat bei drei Kranken, eine hochgradige Verkleinerung bei fünf und eine geringe Grössenabnahme bei fünf ein. Besonders solche Tumoren, in denen die Entwicklung von Muskelgewebe prävaliert, mit starkem Ödem der Gewebe und der Kapsel, können sogar vollkommen schwinden. Anzuwenden sind mittlere Dosen; grosse Strahlendosen sind nur bei Blutungen zu gebrauchen, da sie blutstillend wirken. Die direkte Beeinflussung des Tumors durch die Strahlen unterliegt wohl keinem Zweifel.)
4. Altschul, W., Der derzeitige Stand der Strahlentherapie. Prager med. Wochenschr. Nr. 9. S. 83—86. (Ergebnisse einer Studienreise.)
5. Béclère, H., Die Röntgentherapie der Myome. Strahlentherapie. Bd. 4. Heft 1. S. 134—145. (Vortrag im XVII. intern. Kongr. f. Med. in London, Sept. 1913. Referat im vorigen Jahrgang dieses Jahresberichts, dieses Kapitel Nr. 16.)
6. Birdsall, E., The X-ray treatment of myoma. Med. Record. Bd. 85. Nr. 20. S. 892 bis 893. (Indikationen und Kontraindikationen. Besonders schwere Anämien, Nephritis, Diabetes, organischer Herzfehler indizieren die Röntgentherapie. Gefahr der malignen Degeneration ist nur in 1—2% vorhanden. — Statistische Zusammenstellung der Resultate aus der amerikanischen Literatur.)
7. v. d. Borne, E. W. K., Gynäkologische Röntgentherapie. (I. Fibromyoombehandeling.) Geneesk. Tijdschr. v. Nederl.-Indië. Bd. 54. Heft 5. S. 319—333. (Holländisch.) (Allgemeine Übersicht, Technik. Sechs eigene Fälle. Resultate: Amenorrhoe, Kleinerwerden der Geschwülste, Besserung des Allgemeinzustandes, Schwinden der Adhäsionen. Doses etwa 490 X. Alle Frauen waren über 40 Jahre alt.)
8. Bretschneider, R., Mit Röntgenstrahlen behandelter myomatöser Uterus. Ges. f. Geb. u. Gyn. in Leipzig. Sitzg. vom 20. Okt. 1913. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 3. S. 135. (Operation wegen vergeblicher Bestrahlung. Nach Ansicht des Verf. ist eine Myompatientin nicht geheilt, wenn der Tumor zurückbleibt.)
9. Bucura, K. J., Einige aktuelle Fragen aus Geburtshilfe und Gynäkologie. 3. Die gynäkologische Röntgentherapie. Wiener med. Wochenschr. Nr. 28. S. 1591—1592. (Kurzer Überblick.)
10. Bunnenberg, H., Ergebnis der Röntgentherapie an der Göttinger Frauenklinik. Diss. in. Göttingen. August. (Es wurden u. a. 27 Myome und 24 Metrorrhagien behandelt. Amenorrhoe trat durchschnittlich nach $3\frac{1}{4}$—4 Monaten ein; die grösste Gesamtdosis betrug 500 X. Leichtere Verbrennungen kamen im ganzen bei vier Fällen vor. Heilung wurde erreicht bei den Myomen in 78,2%, bei den Metrorrhagien in 83,3%.)
11. Calatayud, C., Die Röntgentherapie der Uterusmyome. Revita espanola de electr. radiol. Med. Jan. u. Febr. 1913. Nr. 13 u. 14. Journ. de rad. de Bruxelles. 1913. Bd. 7.

[1]) Die Trennung in Röntgentherapie und Radium- resp. Mesothoriumbestrahlung ist aus praktischen Gründen aufgegeben worden.

Nr. 1. S. 39—51. Nr. 2. S. 113—148. Nr. 3. S. 201—226. Ref. La Gyn. 1913. Nr. 11. S. 702. (Allgemeine Übersicht; nichts Neues.)

12. de Courmelles, Foveau, La radiothérapie des fibromes. Gaz. de Gyn. Nr. 661. 1. Jan. S. 1—8. (Die Indikation zur Strahlenbehandlung muss für jeden Fall einzeln gestellt werden. Zur Ausübung der Radiotherapie muss man Radiologe sein; ein Ferienkurs genügt dazu nicht.)

13. Czyzewicz, A., E. Groebel, W. Jakowicki, Fr. Kosminski, A. Mars und J. Meisels, Bemerkungen zum jetzigen Stande der Radiotherapie bei Frauenkrankheiten. Lwowski Tygodnik lekarski. 1913. Nr. 51. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 9. S. 358. (Kritisches Referat, gestützt auf eigene und fremde Erfahrung. Indikationsstellung zur Radiotherapie in der Gynäkologie.)

14. Deheegher, A., Radiotherapie in de gynaecologie. Geneesk. Tijdschr. v. België. Bd. 5. Nr. 2. (Holländisch.)

15. Dessauer, F., Radium, Mesothorium und harte X-Strahlen und die Grundlage ihrer medizinischen Anwendung. Leipzig, O. Nemnich. (156 Seiten mit 40 Textabbild. Preis Mk. 3.—.)

16. Döderlein, A., Vergeblich bestrahlter myomatöser Uterus. Gyn. Ges. zu München. Sitzg. vom 22. Jan. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 7. S. 391. (Die Blutungen hörten trotz Röntgenbestrahlungen und Einlage von Mesothorium nicht auf. Die mikroskopische Untersuchung des Operationspräparates ergab ein grosszelliges Sarkom.)

17. Ebeler, F., Demonstration und Besprechung von 3 Fälle von submukösem Myom, die erst nach längerer Röntgenbestrahlung zur Operation kamen. Allg. ärztl. Verein zu Köln. Sitzg. v. 27. April. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 26. S. 1477. (In einem Fall Enukleation, in den beiden anderen Totalexstirpation mit günstigem Ablauf.)

18. Ebeler, F., Die Röntgenbehandlung in der Gynäkologie. Strahlentherapie, Orig. Bd. 4. Nr. 2. S. 579—616. (Technik. Von 21 Myomen wurden 76,19% amenorrhoisch, 9% oligomenorrhoisch und 14,2% waren Versager. — 5 Karzinome wurden allein mit Röntgenstrahlen, eine mit Röntgen und Radium kombiniert behandelt. Rückgang der Jauchung und der Schmerzen, Reinigung der Ulzerationen.)

19. Edelberg, H., Ein Ovarialbefund nach Röntgenbehandlung. Gyn. Rundschau. Nr. 4. S. 128—130. (Die 43jähr. Pat. war wegen Menorrhagien seit $1\frac{1}{2}$ Jahren mit Erfolg mit Röntgenstrahlen behandelt worden. Danach trat wieder Blutung ein und wurde doppelseitige Ovariektomie gemacht. Das linke Ovarium war völlig atrophiert, beim rechten waren nur ein Teil der Follikel zerstört. Genaue Beschreibung des mikroskopischen Befundes.)

20. — Röntgenstrahlen und Schwangerschaft. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 27. S. 1262. (Trotz dreimonatlicher Röntgenbestrahlung wegen Myom fand Konzeption statt und wurde rechtzeitig ein normales Kind geboren. Das Myom war während der Schwangerschaft kleiner geworden. Die weibliche Keimdrüse scheint also bei dem Menschen nicht so empfindlich gegen Röntgenstrahlen zu sein, wie die tierische. Trotzdem lässt die Schädigung reifer Follikel durch Röntgenstrahlen eine Schädigung später erzeugter Früchte befürchten.)

20a. Edling, L., Erfahrungen bei Radiumbehandlung von Uterusmyomen an den Krankenhäusern in Malmö und Lund. Verhandl. d. obst.-gyn. Sekt. d. Ges. schwed. Ärzte. Hygiea. (Es geht hervor, dass die Radiumeinwirkung in sämtlichen Fällen eine Verbesserung betreffs der Blutungen bewirkt hat; betreffs der Grösse der Myome hat eine unzweifelhafte Verminderung in mehr als 82% stattgefunden. Die allgemeinen Symptome, welche die Myome hervorrufen, wie Anämie, Dysmenorrhoe etc., haben auch in Verbindung mit den lokalen einen entgegensprechenden Einfluss erlitten.)
(Silas Lindqvist.)

21. Eymer, H., Der derzeitige Stand der Strahlentherapie an der Heidelberger Frauenklinik. Mittelrhein. Ges. f. Geb. u. Gyn. Sitzg. vom 14. Dez. 1913. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. Heft 4. S. 571—580. (Technik nach dem modifizierten Albers-Schönbergschen Verfahren. Erfahrungen an rund 400 Patientinnen, darunter 112 leidend an Metropathien und 190 an Myomen. Diskussion: Krönig widerlegt einige Äusserungen Bumms betreffend der elektiven Wirkung und Dosierung des Radiums. Menge operiert junge Frauen mit Myomen, weil ihm die nach der Bestrahlung bei ihnen auftretenden Ausfallserscheinungen häufig recht bedeutungsvoll erscheinen. Menge scheut sich nicht, von einer Röntgenkastration zu sprechen. Kupferberg; Jung glaubt, dass nach der Bestrahlung die klimakterischen Beschwerden ebenso gross sein können, wie z. B. nach doppelseitiger Ovariotomie; Heidenhain und Sippel.)

22. Fabius, G., Röntgenbehandeling in de Gynaecologie. Nederl. Gyn. Vereeniging. Sitzg. vom 5. April. Ref. Nederl. Tijdschr. v. Verlosk. en Gyn. Bd. 24. Heft 1. S. 71 bis 74. (Holländisch.) (Es wurden im ganzen nur 10 Myome behandelt, aber alle bis auf einen der ersten, der wegen starker Blutung operiert wurde, mit gutem Erfolg. Fünf wurden amenorrhoisch, vier oligomenorrhoisch. Bei allen Patientinnen war ein deutliches Kleinerwerden der Tumoren zu beobachten. Maligne Neubildungen kamen nicht zur Behandlung. Technik wie von Kirstein beschrieben. Schädigungen wurden nicht beobachtet. — Diskussion: Driessen glaubt, dass das Myom und die Uterusmukosa von den Röntgenstrahlen direkt beeinflusst werden.)

23. Fehling, H., Operative und Strahlenbehandlung bei gutartigen und bösartigen Geschwülsten der Gebärmutter. Verein d. Ärzte zu Metz. Sitzg. vom 5. Juli. Als Original erschienen i. d. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 49. S. 2333—2336. (Übersichtliche Zusammenfassung.)

24. Fränkel, M., Überblick über Röntgen- und Radium-Arbeiten aus dem Gebiete der Gynäkologie. Zentralbl. f. Röntgenstr., Radium u. verw. Geb. Nr. 4. S. 168—172.

25. Frankenstein, K., Demonstration eines supravaginal amputierten myomatösen Uterus. Niederrhein.-westf. Ges. f. Gyn. Sitzg. vom 20. April 1913. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. Heft 3. S. 402. (42jährige Virgo. Die multiplen intramuralen Myome hatten keine Erscheinungen hervorgerufen. Die Menorrhagie wurde durch einen nichtmalignen reinen Schleimhautpolypen von Bohnengrösse verursacht. Hier hätte sicher die Röntgentherapie versagt.)

26. Freund, L., Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen. Med. Klinik. Nr. 12. S. 509—512. (Sammelreferat.)

27. Gambaroff, G. G., Die Röntgentherapie bei gutartigen und bösartigen Geschwülsten. 1. russ. Krebskongr. in St. Petersburg. 31. März bis 3. April. (Cf. Kapitel „Strahlentherapie der Karzinome", Nr. 64.)

28. Gauss, C. J., und B. Krinski, Die Mesothoriumbehandlung der Myome und Metropathien. Strahlentherapie. Bd. 4. Nr. 1. S. 440—451. (Vortrag in der XV. Versammlung der deutschen Gesellschaft für Gynäkologie in Halle a. S., Mai 1913. Referat siehe in diesem Kapitel im vorigen Jahrgange dieses Jahresberichts, Nr. 8.)

29. Gocht, H., Die Röntgen-Literatur. III. Teil. 1912 u. 1913. Autoren- und Sachregister. Stuttgart, Ferd. Enke. (Mk. 10.—.)

30. Görl, L., Über Röntgensterilisierung. Nürnb. med. Ges. u. Polikl. Sitzg. vom 11. Juni. Als Original erschienen i. d. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 47. S. 1839—1841. (Allgemein gehaltener Vortrag über Indikationen, Technik, Resultate und Aussichten der Röntgenbestrahlung von Metropathien und Myomen, ohne Mitteilung eigener praktischer Erfahrungen.)

31. v. Graff, E., Die Basedowsche Krankheit als Kontraindikation gegen gynäkologische Röntgentherapie. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 5. S. 93—95. (Grosse Dosen, die wirklich zur Einschränkung oder zeitweiligen Ausschaltung der Ovarialtätigkeit führen, können bei disponierten Kranken den Ausbruch der Krankheit heraufbeschwören und dürften demzufolge auf einen schon bestehenden Basedow nur in ungünstigem Sinne wirken. — Siehe auch hierzu: Wagner, K., Bemerkungen zu den Beziehungen der Röntgenbehandlung der Ovarien und der Basedow. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 15. S. 430—431.)

32. — Über Versuche, die Heilungsdauer bei der Myombehandlung durch Steigerung der verabreichten Röntgenmengen noch weiter abzukürzen. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 11. S. 393—398. (Es ist Verf. nur in zwei von zehn Fällen gelungen. Seine durchschnittliche Heilungsdauer von 1,26 Monaten blieb dieselbe. Auch ist noch abzuwarten, ob nach so grossen Dosen sich nicht noch später Schädigungen einstellen.)

33. Grullé, E. H., X-rays and radioactive chemicals in the treatment of gynecological conditions. New York med. Record. Bd. 86. Nr. 3. S. 98.

34. Halban, J., Demonstration eines Karzinoms der untersten Dünndarmschlinge, durch Adhäsionen an einen myomatösen Uterus fixiert. Geb.-gyn. Ges. in Wien. Sitzg. vom 20. Jan. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 29. S. 1028. (Patientin sollte röntgenisiert werden. Der Fall ist ein neuerlicher Hinweis auf die Unzuverlässigkeit der Röntgenbehandlung bei nicht vollständiger Diagnose eines unkomplizierten Myoms.)

35. Harris, J. Delpratt, Treatment of uterine myomata by X-rays. Devon and Exeter med.-chir. Soc. Sitzg. vom 20. Febr. Ref. The Lancet. Nr. 4726. 28. März. S. 895. Als Original erschienen im Arch. of the Roentgen-ray. Bd. 18. Nr. 8. S. 300—302. (Übersicht der französischen und deutschen Bestrahlungsmethoden. Hauptsächlich

Technisches. Bericht über vier eigene Fälle, bei denen ohne Ausnahme Amenorrhoe, unter klimakterischen Beschwerden, erreicht wurde. — Diskussion: Roper teilt einen mit sehr günstigem Erfolg bestrahlten Fall mit; deutliche Schrumpfung des Tumors. Gordon; Candler will Frauen mit Myomen über 40 Jahre, die stark ausgeblutet sind, zuerst bestrahlen, bis sie sich erholt haben und nachher operieren.)

36. Henkel, M., Zur Strahlentherapie in der Gynäkologie. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 3. S. 113—115. Ref. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 14. S. 383—384. (Kurzer Überblick über den heutigen Stand der Röntgenbestrahlung der Myome und Metropathien. Nichts Neues.)

37. — Die Anwendung der Strahlentherapie in der Gynäkologie. Reichs-med. Anz. Jahrg. 39. Nr. 11. S. 321—324. (Indikationen und Kontraindikationen der Myombestrahlung.)

38. Hirsch, M., Röntgenstrahlen und Eugenetik. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 32. S. 1132 bis 1133. (Bei der Strahlenbehandlung drohen den Keimdrüsen und damit der Nachkommenschaft Gefahren. Sie darf nach Hirsch nur in den Fällen angewendet werden, in welchen man auf Fortpflanzung endgültig verzichten darf und dauernde Sterilität herbeiführen will.)

39. v. d. Hoeven, P. C. T., Röntgenbehandeling in de Gynaecologie. Nederl. Gyn. Vereeniging. Sitzg. vom 1. März. Ref. Nederl. Tijdschr. v. Verlosk. en Gyn. Jahrg. 24. Heft 1. S. 12—13. (Holländisch.) (Bei acht kleinen Myomen waren die Resultate gut bis auf einen Fall, der wegen verstärkter Blutung operiert werden musste. Bei Karzinomen geringer Effekt der Bestrahlung. Ein Fall von Pruritus heilte dauernd, ein anderer rezidivierte. Resultat bei klimakterischen Blutungen gut. Näheres über Dosierung und Technik wird nicht mitgeteilt (cf. Fabius, Nr. 22). — Diskussion: Treub hätte bei den klimakterischen Blutungen zuerst das Resultat der (Probe-) curettage abwarten wollen, bevor er der Bestrahlung den Erfolg zuschreibt.)

40. Hölder, H., Über Strahlenbehandlung in der Gynäkologie. Württemb. Korr.-Bl. Bd. 84. Nr. 7. S. 105—108. (Erfahrungen an 53 Myomen, von denen eines wegen erfolgloser Bestrahlung operiert werden musste, einigen Fällen von Genitaltuberkulose und 26 Fällen von Uteruskarzinom. Bei letzteren konnten keine genügenden Erfolge erzielt werden. Gausssche Technik, aber ohne die ausserordentlich hohen Dosen. Diskussion siehe Sellheim, Nr. 76.)

41. John, W., Technik und Erfolge der einzelnen Autoren bei der Behandlung der Myome und hämorrhagischen Metropathien mit Röntgenstrahlen. Dissert. in Freiburg i. Br.

42. Kaufmann, E., Zur Frage der Röntgenbestrahlung bei Uterusblutungen. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 11. S. 399—400. (Eine 30jährige Frau mit starken Blutungen zeigte am Fundus einen pflaumengrossen Tumor, der als Myom angesprochen wurde. Die Laparotomie ergab eine interstitielle Schwangerschaft. Kaufmann hatte eine Röntgenbehandlung empfohlen, die aber von der Patientin abgelehnt worden war.)

43. de Keating-Hart, Sur la thermoradiothérapie. Soc. de méd. de Paris. Sitzg. vom 24. Jan. Ref. La Presse méd. Nr. 11. S. 112. (Siehe im Kapitel „Strahlentherapie der Karzinome", Nr. 100.)

44. Kelly, Howard A., and Curtis F. Burnam, Radium in the treatment of uterine hemorrhage and fibroid tumors. The Journ. of the Amer. med. Assoc. Bd. 63. Nr. 8. S. 622. (Ausgezeichnete Erfolge an 18 Metrorrhagien und 21 Myomen. Die Wirkung findet durch die Gebärmutter, nicht über die Ovarien statt. In Lachgasnarkose wurde das Radium in den Uterus gebracht. Anwendung grosser Dosen. Auch die Dauer der Bestrahlung muss für jeden Fall einzeln festgestellt werden. — Technik und ausführliche Krankengeschichten.)

45. Koblanck, A., Myomatöser gravider Uterus nach Röntgenbehandlung. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin. Sitzg. vom 11. Dez. Ref. Berl. klin. Wochenschr. 1915. Nr. 1. S. 21. (Exstirpation, weil der Leibesumfang nicht abnahm. Die Gravidität muss während der Bestrahlungszeit eingetreten sein. Der frische Fötus und die Eierstöcke zeigten keine Veränderungen. — Diskussion: Bumm-Franz: Gravidität ist Kontraindikation zur Bestrahlung.)

46. Krause, P., Die biologischen Wirkungen der Röntgenstrahlen auf normales tierisches und menschliches Gewebe. 10. Kongr. d. Deutsch. Röntgenges. in Berlin. 19.—21. April. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 17. S. 955. (Siehe auch Nr. 70.)

47. Krönig, B., The Röntgen-rays, radium and mesothorium in the treatment of uterine fibroids and malignant tumors. Sect. of obst. and gyn. of the New York Acad. of Med. Sitzg. vom 28. Nov. 1913. Ref. The Amer. Journ. of obst. and dis. of women

and children. Bd. 69. Nr. 434. S. 357—362. (Gauss bespricht die Technik. Diskussion: G. P. Pfahler hatte gute Resultate bei chirurgisch-malignen Tumoren. R. Abbe, L. G. Cole, S. Tousey und A. F. Holding.) Als Original in The Amer. Journ. of obst. and dis. of women and children. Bd. 69. Nr. 434. Febr. S. 205—214. (Zusammenfassung des jetzigen Standes einschlägiger Fragen auf diesem Gebiete nach den Erfahrungen der Freiburger Klinik. Ausführliches Referat im Zentralbl. f. Gyn. Nr. 18. S. 669—670.)

48. Krönig, B., The difference between the older and the newer treatments by X-ray and radium in gynecological diseases. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 18. Nr. 5. S. 529 bis 532. (Indikationen zur Röntgenbehandlung der Myome. Die Gefahr der sarkomatösen Degeneration — nach Aschoff 1% auf 400 Fälle — hält Krönig nicht für so schwerwiegend wie Bumm.)

49. Lacaille, E., Contribution à l'étude de la valeur thérapeutique des rayons X sur les fibromes utérins. Journ. de méd. de Paris. Nr. 12. S. 231—232. Journ. de méd. des enfants. Nr. 12. (Bei 14 Frauen war die Behandlung zum Abschluss gelangt nach 4 Monate bis 2 Jahre langer Behandlung. Alle sind geheilt.)

50. — Radiothérapie d'un fibrome: cas très instructif. Soc. de rad. méd. Sitzg. vom 9. Juni. Ref. La Presse méd. Nr. 53. p. 510. (Der Allgemeinzustand war in kurzer Zeit so schlecht geworden, der Tumor so rasch gewachsen, dass man an ein Sarkom glaubte. Da Patientin die Operation verweigerte, wurde bestrahlt. Das Allgemeinbefinden besserte sich bald, der Tumor verkleinerte sich, so dass Operation möglich wurde. Das Myom war sarkomatös degeneriert.)

51. Laquerrière, A., Application de la méthode de Haret à la gynécologie (introduction électrolytique du radium). Arch. d'électr. méd. 1913. Nr. 371. S. 516—518. (Besonderes Verfahren zwecks vaginaler und intrauteriner Anwendung. Erfahrungen an 100 gynäkologischen Fällen. Gute Resultate bei Myomen und Metropathien. Verkleinerung der Myome trat nicht ein.)

52. Levy, J. J., Treatment of fibroids by deep Röntgenotherapy. New York State Journ. of Med. Bd. 14. S. 193. (Hauptsächlich Technisches. 75% der Myome sind zu einer erfolgreichen Bestrahlungsbehandlung geeignet. Kontraindiziert ist diese Therapie nur bei gestielten, submukösen und in maligner Degeneration begriffenen Myomen.)

53. Löwenthal, S. und A. Pagenstecher, Intensiv- oder Dauerbestrahlung? Münchn. med. Wochenschr. Nr. 4. S. 187—189. (Vorwiegend Technisches. Wird an anderer Stelle, Kapitel 2 „Elektrizität usw.“ referiert. Sowohl bei der Röntgen- wie bei der Radiumbehandlung ist voller Erfolg weit eher zu erwarten, wenn man wochenlang ohne Pause stark gefiltert mit kleinen Dosen bestrahlt, als wenn man grössere Mengen mit entsprechenden Pausen anwendet.)

54. Mahler, J., „Myomherz“ und Tiefentherapie. Med. Klinik. Nr. 14. S. 588—591. (Begriff des „Myomherzens“, pathologisch-anatomische Veränderungen. Ursache und Symptome desselben. Bei 11 Fällen myomkranker Frauen mit Herzbeschwerden und nachweisbaren Herzveränderungen mit Röntgenbestrahlungen ausgezeichnete Resultate. Zuerst verschwanden die subjektiven Symptome und später die objektiven, deren wichtigstes die Rückbildung der Herzdilatation ist. Selbst bei beginnenden Kompensationsstörungen wurden in drei Fällen noch Erfolge erzielt. Herzveränderungen und Anämie bilden keine Gegenindikationen der Myombestrahlungen. In einem Falle wurde eine ausgesprochene Senkung des hohen Blutdruckes beobachtet. Die günstige Wirkung der Strahlentherapie beruht darin, dass das qualitativ veränderte Ovarialsekret entweder beseitigt oder zur Norm zurückgebracht wird.)

55. Mannsfeld, O., Röntgenbehandlung der Myome und Metropathien. Kgl. Ges. d. Ärzte in Budapest. Sitzg. vom 21. März. Ref. Wiener med. Wochenschr. Nr. 45. S. 2356. (Bei Blutung aus dem Uterus durch Hyperfunktion der Ovarien ist Röntgenapplikation indiziert, und es konnten in 80% auf diese Weise die Uterusblutungen behoben werden. Röntgenbehandlung der Myome bringt diese nicht zur Heilung, wohl aber ihr häufigstes Symptom [die Blutung] in einem noch grösseren Prozentsatz (zirka 85%) der Fälle. Da Mannsfeld ein Kleinerwerden der Myome nur in 12% der Fälle sah, sollen nach ihm Myome, welche durch ihre Grösse, Lokalisation etc. Schmerzen, Drucksymptome usw. veranlassen, operiert, submuköse Myome oder auf maligne Degeneration verdächtige [in welchem Falle atypische Blutungen einen diagnostischen Hinweis geben] nicht röntgenisiert werden.)

56. Marek, R., Weitere Erfahrungen in der Behandlung der Uterusmyome. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 22. S. 745—750. (Von 16 mit Röntgenstrahlen behandelten

Patientinnen sind 9 geheilt. Besonders mit der Intensivbestrahlung werden die Erfolge immer besser. Um die Operation einzuschränken, müssen aber noch mehr günstige Erfahrungen gesammelt werden.)

57. Mc Glinn, J. A., Can surgery be eleminated in the treatment of fibroid tumors of the uterus? Surg., Gyn. and Obst. Bd. 19. Nr. 4. S. 515.

57a. Moll, E., Über die Bedeutung der sarkomatösen Degeneration von Uterusmyomen für die Strahlenbehandlung der Myome. Dissertation in. Tübingen, Dez.

58. Monheim, M., Die Röntgenbehandlung der Myome und Fibrosis uteri. Gyn. Ges. zu München. Sitzg. vom 22. Jan. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 7. S. 390. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 13. S. 677. (Alle Patientinnen — 18 Myome, 10 Fibrosis uteri über 35 Jahre alt — wurden in spätestens vier Monaten geheilt, d. h. alle wurden amenorrhoisch, die Tumoren gingen prompt zurück, die Drucksymptome und sonstigen Beschwerden hörten auf. Niemals „Röntgenkater", viermal stärkere Ausfallserscheinungen, einmal sogar Vergesslichkeit, leichtes Aufgeregtsein, Schlaflosigkeit beobachtet, allerdings bei sehr nervösen Frauen, sonst durchweg Wohlbefinden. — Technik.)

59a. Olow, J., Über gleichzeitiges Auftreten von bösartigen Uterustumoren und Myomen. Verhandl. d. obst.-gyn. Sekt. d. Ges. schwed. Ärzte. Hygiea. (Silas Lindqvist.)

59. Nahmmacher, F., Radium und Mesothorium in der Heilkunde (bei Geschwülsten und gynäkologischen Erkrankungen). Strahlentherapie. Bd. 4. Heft 1. S. 109—122. (Auch eine Reihe von Myomen wurden vom Verf. mit Radium und Mesothorium erfolgreich behandelt.)

60. Pankow, O., Was hat die Strahlentherapie in der Behandlung gutartiger und bösartiger Geschwülste bisher geleistet? Niederrhein.-westf. Ges. f. Gyn. u. Geb. Sitzg. vom 1. März. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. Heft 5. S. 726—727. (Technik. Schädigungen ernstlicher Natur nie beobachtet; nur Röntgenkater, Kontraindikationen der Myombestrahlung: Gravidität, gebärfähiges Alter, gestielte Myome, verjauchte Polypen, Verdrängungserscheinungen. Bei Malignität Operation mit Nachbestrahlungen. Neuerdings Kombination der Röntgen- mit Mesothorbestrahlungen, deren Hauptgefahr Darmfisteln sind, die, wie Tierversuche am Kaninchen gezeigt haben, auch bei intakter Vaginalhaut sich bilden können. — Diskussion: v. Franqué; Reifferscheid, Bestätigung der guten Resultate mit mittleren Dosen, ohne Schädigungen. Everke; Hellendall hat einen inoperablen Uteruskarzinomfall ohne Dauererfolg behandelt. Füth rät zu möglichst kleinen Dosen; die Periode kehrt oft nach 6—7—8 monatlicher Pause noch einmal oder dauernd wieder. Wanner weist auf die günstigen operativen Erfolge hin.)

61. Partos, E., Beiträge zur gynäkologischen Röntgenbehandlung. Schweiz. Korr.-Bl. Nr. 8. S. 242—245. (Intensivbestrahlung. 60—80% Heilerfolge (total 10 Fälle! Ref.) ohne Schädigungen. Der Erfolg zeigte sich zuerst in der Verringerung der Blutung und dann im Schwinden der Myome. Kein Fall war ganz refraktär.)

62. Peham, H., Röntgen- und Radiumbehandlung in der Gynäkologie. Med. Klinik. Nr. 12. S. 487—490. (In der Pehamschen Abteilung von 326 Myomkranken wurden 154 nur palliativ oder gar nicht behandelt. Bei jugendlichen Frauen ist es, wenn eine Indikation zur Behandlung vorliegt, besser zu operieren, und zwar möglichst konservativ, als sie in ein künstliches Klimakterium zu bringen mit all seinen Begleiterscheinungen. — Auch die Dysmenorrhoe will Peham nicht mit Röntgenstrahlen behandeln, dagegen bei Kraurosis und besonders bei Pruritus einen Versuch mit der Bestrahlung machen. — Weit vorgeschrittene inoperable Karzinome müssen mit Röntgen- und Radiumstrahlen behandelt werden. Sechs Fälle wurden dadurch operabel; alle anderen wenigstens gebessert, ein Fall zunächst klinisch geheilt. Vier Rezidivfälle starben trotz Radiumbehandlung. Die Dosen sollen wegen der leider sehr ernsten Erscheinungen von seiten des Darmes nicht zu gross gewählt werden.)

63. Pfahler, G. E., The use of Roentgen-rays in the treatment of gynaecological conditions. Amer. Journ. of Roentgenol. 1913. Bd. 1. Nr. 2. S. 65—73. (Hauptsächlich Technisches. Methode Gauss.)

64. — Roentgenotherapie in uterine hemorrhage. The Journ. of the Amer. med. Assoc. Bd. 63. Nr. 8. S. 628. (Hauptsache ist die Bestrahlung der Eierstöcke; daneben kann auch die Geschwulst selbst bestrahlt werden. Technik. Ausgezeichnete Resultate.)

65. Radiologia Medica, Atti del I Congresso italiano di —. Pavia, Mattei und Co. Editori. (Der Kongress wurde vom 12.—14. Okt. 1913 in Mailand abgehalten. Die Verhandlungen sind herausgegeben unter der Leitung des Generalsekretärs Prof. F.

Perussia. Aus dem Inhalt sei hervorgehoben das Referat von Bertolotti über die Röntgen- und Radiumbehandlung bei Frauenkrankheiten.)

66. Ratera, S., Tratamiento radioterápico de las metrorragias y fibromiomas. Revista clin. de Madrid. Bd. 11. Nr. 8. S. 286.

67. Reifferscheid, K., Über die Röntgentherapie in der Gynäkologie. Strahlentherapie. Bd. 4. Heft 1. S. 146—153. (Schon mit viel kleineren Dosen, als die Intensivbehandlung sie verlangt, ist bei Myomen und Menorrhagien sichere Heilung zu erzielen. Es sollen nicht mehr Röntgenstrahlen zur Verwendung kommen, als zur Heilung erforderlich sind.)

68. — Die Einwirkungen der Röntgenstrahlen auf tierische und menschliche Eierstöcke. 10. Kongr. d. Deutsch. Röntgenges. in Berlin vom 19.—21. April. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 17. S. 955. (Bestrahlungsversuche an verschiedenen Tierarten ergaben übereinstimmend schwere Schädigung der Follikelepithelien, Degeneration der Eizelle, daneben ausgedehnte Blutungen ins Ovarium. Bei grösseren Dosen auch starke Schädigung des Stromas. Auch an menschlichen Ovarien wurden die gleichen Veränderungen beobachtet. Regeneration kommt nicht zustande, wird aber vorgetäuscht, wenn die reifenden Follikel geschädigt werden, die jungen aber nicht; diese stellen dann später die Funktion wieder her, wenn sie selbst reifen.)

69. — Die Bedeutung der Röntgenstrahlen für die Therapie in der Gynäkologie. Schmidts Jahrb. d. in- u. ausländ. ges. Med. Bd. 320. Juli. S. 1—5. (Kurze Zusammenfassung.)

70. Röntgengesellschaft, 10. Kongress der Deutschen —, in Berlin vom 19.—21. April. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 17. S. 954—955. Nr. 18. S. 1017—1019. Nr. 19. S. 1088—1090. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 19. S. 908—912. Wiener med. Wochenschr. Nr. 20. S. 1082—1084. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 21. S. 739—740. Nr. 22. S. 783 bis 784. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 23. S. 1199—1200. Nr. 24. S. 1247—1248. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. Nr. 10. S. 314.

71. Rudolph, M., Myombehandlung mit Röntgenstrahlen. Ärztl. Bezirksverein zu Zittau. Sitzg. vom 5. Febr. Ref. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 14. S. 667. (Vier Fälle; ausgezeichnete Erfolge. Die Tumoren wurden härter und vielfach kleiner. Die Methodik der Bestrahlung ist ausschlaggebend.)

72. Saberton, Intensive X-ray treatment in the therapeutics of fibroids. Dorset and West Hants Branch of the Brit. med. Assoc. Sitzg. vom 21. Okt. (Mitteilung zweier sehr günstig verlaufener Fälle. Trotz äusserst anämischen Zustandes wurden die Frauen wieder vollkommen arbeitsfähig und die Blutung stand vollständig. Saberton erklärt die Wirkung der X-Strahlen durch Beeinflussung der Ovarien und der embryonalen Zellen des Tumors. Nachteile sind die lange Dauer der Behandlung und die Möglichkeit, dass Adhäsionen entstehen, welche später bei einer eventuellen Operation Schwierigkeiten machen. — Diskussion: Simmons hält die Wirkung noch nicht für erklärt und ist infolgedessen zurückhaltend in der Anwendung der Röntgentherapie. Ramsay hält für einen Nachteil, dass die Patientin ihren Tumor behält und später infolge Degeneration erneute Blutung bekommen kann. Er hat Nachteile der künstlichen Sterilisation gesehen.)

73. Samuel, E. C., The X-ray treatment of myoma of the uterus and of bleeding at the menopause. New Orleans med. and surg. Journ. Bd. 66. Nr. 8. S. 589—595. (Fast ausschliesslich Technik.)

74. Schmidt, E., Einwirkung von Röntgenstrahlen auf Tumoren ausserhalb des Organismus. Med. Ver. in Greifswald. Sitzg. vom 21. Febr. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 27. S. 1404. (Nicht speziell gynäkologisch.)

75. Schmitz, H., Massive X-raying in gynecology. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 18. Nr. 4. S. 516—520. (Hauptsächlich Technisches. Vorteile der Massivbestrahlung, Nebenwirkungen. Indikationen und Kontraindikationen. Nichts Neues. Von der Röntgenbestrahlung inoperabler maligner Beckentumoren sah Verf. nichts Gutes; hier ist Radium und Mesothorium am Platze.)

76. Sellheim, H., Einige Bemerkungen zur Strahlentherapie. Württemb. Korr.-Bl. Bd. 84. Nr. 7. S. 108—111. (Diskussionsbemerkung zu Hölder — cf. Nr. 40. — Hauptsächlich Technisches. Die Röntgenstrahlen müssen „radiumähnlicher" gemacht werden.)

77. Sielmann, R., Hundert Fälle von Frauenleiden mit Röntgenstrahlen behandelt. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. 22. Heft 3. S. 277—290. (Erfahrungen u. a. an 32 Myomen und 16 maligne Erkrankungen der Genitalien. Erstere sind in den meisten Fällen durch die Röntgenbestrahlung der Heilung zuzuführen; nur wenige verhalten sich ihr gegenüber refraktär. Maligne Erkrankungen sind in erster Reihe

operativ zu behandeln. Prophylaktische Bestrahlung nach der Operation. Kombinierte Enzytolinjektionen. — Übersicht der behandelten Fälle in Tabellenform.)
78. Stoeckel, W., Die Strahlentherapie in der Gynäkologie. Med. Klinik. 1913. Nr. 50. S. 2053—2059. (Klinischer Vortrag über den jetzigen Stand der Strahlentherapie, besonders über deren Erfolge, der den Zweck hat, dem Hausarzt eine richtige Bewertung derselben zu erleichtern.)
79. Strahlentherapie, Umfrage über die Bedeutung der — für die Gynäkologie. Von E. Runge, J. Veit, O. v. Franqué, Sellheim, Sippel, O. Küstner, Albers-Schönberg, Landau, Fehling, Zangemeister, v. Herff, Krönig, Bumm, Winter, Opitz und Pankow. Med. Klinik. Nr. 1. S. 19—21. Nr. 2. S. 59—60. Nr. 5. S. 192—194. (Zur Myombestrahlung werden fast nur Röntgenstrahlen benutzt. Mit Mesothorium wird allerdings schneller Amenorrhoe erreicht, aber keine Verkleinerung der Tumoren. — Kontraindikationen zur Röntgenbestrahlung: alle Komplikationen, die an sich schon eine Operation erfordern, oder wenn die Patienten schnell wieder arbeitsfähig sein müssen. — Resultate: Amenorrhoe, Schrumpfung der Tumoren bis zum völligen Verschwinden. Einige Myome bleiben unverändert und müssen nachher noch operiert werden. Heilung in 80%. Üble Nebenerscheinungen selten.)
80. Strassmann, P., Myombestrahlung. Gyn. Ges. zu Berlin. Sitzg. vom 9. Jan. Ref. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 5. S. 233. (53 jährige Frau, im Klimakterium schon längere Zeit bestrahlt. Wegen Druckbeschwerden schliesslich Operation. Es fand sich: ein grosses Parovarialkystom, ein myomatöser Uterus und malign erkrankte Ovarien auf beiden Seiten!)
81. Strauss, Strahlentherapie. Med. Klinik. 1913. Nr. 50. S. 2080—2084. Nr. 51. S. 2123 bis 2125. (Übersichtsreferat.)
82. — Strahlentherapie. Med. Klinik. Nr. 15. S. 647—651. Nr. 16. S. 695—698. (Übersichtsreferat.)
83. Taudin Chabot, J. J., Wesen und letzte Entwicklung der Heilbestrahlung oder Aktinotherapie. Konstanz, Ernst Ackermann. (32 Seiten, Preis Mk. 1.—.)
84. Zaretzky, G., Die Wege der gynäkologischen Röntgentherapie. Journ. akusch. i shensk. bol. 1913. Okt. S. 1363—1390. (Russisch.)
85. Zinke, E. G., A few points of practical importance in obstetrics, gynaecology and abdominal surgery. The Journ. of the Amer. med. Assoc. Bd. 63. Nr. 10. (Röntgenbehandlung von Myomen will Verf. nur für inoperable Fälle bestimmt sehen. Die Radiumbehandlung der Karzinome soll erst nach dem Messer kommen. Die kaustische Behandlung inoperabler Karzinome nach Percy hat gute Erfolge gezeitigt.)

Röntgentherapie.

Allgemein-orientierende Arbeiten über die **Entwicklung,** den heutigen **Stand** und die bisherigen **Leistungen** der Röntgentherapie der Myome sind veröffentlicht worden von Albers-Schönberg (1), Altschul (4; Ergebnisse einer Studienreise), Bucura (9), Calatayud (11; Spanisch), Czyzewicz und seine Mitarbeiter (13; Böhmisch), Dessauer (15), Fehling (23), Görl (30), Henkel (36), John (41; Dissertation), Krönig (47 und 48; Englisch), Ratera (66; Spanisch), Stoeckel (78), Strauss (81), Taudin Chabot (83), Zaretzky (84; Russisch) u. a. Die „Medizinische Klinik" veranstaltete eine Umfrage an die Vorstände der bedeutendsten deutschen Frauenkliniken und Institute, die sich mit dieser Therapie beschäftigen, über die Bedeutung der Strahlenbehandlung für die Therapie der Myome (79). **Kritische Literaturzusammenstellungen** stammen u. a. von M. Fränkel (24), Gocht (29), L. Freund (26), Reifferscheid (69) und Strauss (82). **Kongressberichte** sind herausgegeben worden von der Deutschen Röntgengesellschaft (70) und von der Versammlung Italienischer Radiologen (65).

Über die **biologischen Wirkungen** der Röntgenstrahlen sind eine Anzahl Arbeiten publiziert worden. Krause (46) studierte den Einfluss auf normalem tierischen und menschlichen Gewebe, E. Schmidt (74) auf Tumoren ausserhalb des Organismus, Reifferscheid (68) auf tierische und menschliche Eierstöcke.

Schiffmann (cf. Kapitel „Strahlentherapie der Karzinome", Nr. 190) hat die **Ovarialveränderungen** nach Radium- und Mesothoriumbestrahlung beim Meerschweinchen untersucht und gefunden, dass zwischen den Radium- resp. Mesothorium- und Röntgenveränderungen eine weitgehende Analogie besteht. Seine mikroskopischen Befunde teilt er ausführlich mit.

Ob die **Wirkung** der Bestrahlung auf die Myome **durch direkte Beeinflussung** oder **auf dem Umwege über die Ovarien** stattfindet, lässt sich schwer nach der einen oder anderen Richtung hin entscheiden. Alexandrow (2), Béclère (5), Driessen (Diskussion zu Fabius, Nr. 22) und Saberton (72) sind der ersten Meinung zugetan. Andere Autoren, wie Menge (Diskussion zu Eymer, Nr. 21), Görl (30), Mahler (54), Peham (62), Pfahler (63) u. a. legen den Hauptwert auf die Bestrahlung der Ovarien und sprechen direkt von einer Röntgenkastration. Nichtsdestoweniger wurden von Edelberg (20) und Koblanck (45) Fälle publiziert, in denen während und trotz der Bestrahlung **Schwangerschaft** eingetreten war. Wenn auch die Föten keine Veränderungen zeigten, fürchtet doch ersterer, sowie auch Hirsch (38) durch Schädigung der Follikel Schädigung später erzeugter Früchte.

Die **Veränderungen an den Ovarien** unter Einfluss der Röntgenbestrahlung wurden u. a. von Edelberg (19) und Reifferscheid (68) studiert. Letzterer fand bei seinen Bestrahlungsversuchen an verschiedenen Tierarten, dass regelmässig an den Ovarien schwere Schädigung der Follikelepithelien, Degeneration der Eizellen, daneben ausgedehnte Blutungen nachzuweisen waren; bei grösseren Dosen auch starke Schädigung des Stromas. Auch an menschlichen Ovarien wurden die gleichen Veränderungen beobachtet. Regeneration kommt nicht zustande, wird aber vorgetäuscht, wenn die reifenden Follikel geschädigt werden, die jungen aber nicht; diese stellen dann später die Funktion wieder her, wenn sie selbst reifen.

In Übereinstimmung mit diesen Befunden sind die nicht unbedeutenden **Ausfallserscheinungen,** die als Folge der Bestrahlungsbehandlung von mehreren Autoren beschrieben werden; so u. a. von Menge und Jung (Diskussion zu Eymer, Nr. 21), Harris (35), Monheim (58) und Peham (62).

Mahler (54) sah bei myomkranken Frauen mit nachweisbaren **Herzveränderungen** ausgezeichnete Resultate von der Bestrahlung. Zuerst schwanden die subjektiven Beschwerden, dann ging die Herzdilatation nachweisbar zurück. Die günstige Wirkung der Strahlentherapie soll darin beruhen, dass qualitativ verändertes Ovarialsekret entweder beseitigt oder zur Norm zurückgebracht wird. Herzveränderungen bilden nach Ansicht Mahlers keine Gegenindikation gegen die Bestrahlung.

Bei der **Basedowschen Erkrankung** dagegen liegen nach v. Graff (31) die Verhältnisse anders in dem Sinne, dass grosse Dosen, die wirklich zur Einschränkung oder zeitweiligen Ausschaltung der Ovarialtätigkeit führen, bei disponierten Kranken den Ausbruch der Krankheit heraufbeschwören und demnach auf einen schon bestehenden Basedow nur in ungünstigem Sinne wirken können.

Näheres über die **Indikationen und Kontraindikationen zur Myombestrahlung** ist zu finden in den Publikationen von Birdsall (6), de Courmelles (12), Fehling (23), Henkel (37), Krönig (48), Levy (52; 75% der Myome sollen zu einer erfolgreichen Bestrahlungsbehandlung geeignet sein), Mannsfeld (55), Mc Glinn (57) u. a. Für die Indikationsstellung besonders wichtige Fälle wurden von Döderlein (16; sarkomatöse Degeneration), Frankenstein (25; Schleimhautpolypen), Halban (34; Dünndarmkarzinom), Kaufmann (42; interstitielle Schwangerschaft), Lacaille (50; sarkomatöse Degeneration) und Strassmann (80; maligne erkrankte Ovarien) publiziert.

Die Gefahr, bei der Überweisung eines Falles zur Bestrahlungsbehandlung eine **maligne Veränderung des Tumors** zu übersehen, scheint wegen der relativen Seltenheit dieses Vorkommnisses nicht allzu gross zu sein. Nach Birdsall (6) ist sie nur in 1—2%, nach Krönig (48) in 1% der Fälle vorhanden. Döderlein (16) und Lacaille (50) teilen jedoch kasuistische Fälle mit, in denen bei nach Bestrahlung operierten Myomen sarkomatöse Umwandlung des Tumors gefunden wurde. Die Dissertation von Moll (57a) handelt über die Bedeutung der sarkomatösen Degeneration von Uterusmyomen für die Strahlenbehandlung der Myome. Übrigens sind mehrere Fälle dieser Art in dem Kapitel „Myome“ und „Sarkome“ erwähnt.

Von zahlreichen Klinikern des In- und Auslandes sind wieder Veröffentlichungen ihrer **Bestrahlungsresultate** bei Myomkranken erschienen. So u. a. von Alexandrow (3; 13 abgeschlossene Fälle), Birdsall (6; Zusammenstellung der Fälle aus der amerikanischen Literatur), Bunnenberg (10; 27 Fälle der Göttinger Frauenklinik), Ebeler (18; 21 Fälle), Eymer (21; 190 Myome der Heidelberger Frauenklinik), Gambaroff (27; 50 eigene Fälle), Hölder (40; 43 Fälle), John (41; Dissertation; statistische Bearbeitung der bisher von den verschiedenen Kliniken veröffentlichten Resultate), Lacaille (49; 14 selbst beobachtete Fälle), Marek (56; 16 Fälle), Monheim (58; 18 Fälle) und Sielmann (77; 32 Fälle). Auch in den auf die Umfrage der „Medizinischen Klinik“ (79) eingegangenen Antworten sind

statistische Zusammenstellungen über die Resultate mehrerer Kliniken und Institute enthalten.

Im allgemeinen lässt sich sagen, dass die Erfolge der Röntgentherapie der Myome recht befriedigend sind. Amenorrhoe wird in etwa 80% der Fälle (cf. „Umfrage", Nr. 79) erreicht. Es würde übrigens zu weit führen, alle die Erscheinungen, in denen die **lokale und allgemein-günstige Beeinflussung** der Patientinnen zum Ausdruck kommt, zu erwähnen. **Misserfolge** werden nur von Alexandrow (2), Bretschneider (8), Ebeler (17 und 18; 14,2% Versager), Edelberg (19), Hölder (40), Sielmann (77) und vielleicht noch einzelne andere veröffentlicht.

Es gibt jedoch Autoren, die sich nicht entschliessen können, von einer Heilung zu sprechen, solange noch ein Tumor im Körper vorhanden ist. Allerdings ist dieser nur in seltenen Fällen durch die Bestrahlung ganz zum Schwinden zu bringen. Ein deutliches **Kleinerwerden** dagegen wird ziemlich häufig beobachtet. Alexandrow (2), v. d. Borne (7), Fabius (22), Gambaroff (27), Mannsfeld (55; jedoch nur in 12% der Fälle), Monheim (58), Partos (61), Rudolph (71) u. a. glauben, dieses Resultat erzielt zu haben. Nach Alexandrow (3) sind dazu besonders solche Tumoren geeignet, in denen die Entwicklung von Muskelgewebe prävaliert, mit Ödem der Gewebe und der Kapsel.

Technik und Dosierung der Röntgenbestrahlung zur Myomtherapie sind im Kapitel „Elektrizität usw." nachzuschlagen. Für die Anwendung der **mittleren Dosen** haben sich u. a. Alexandrow (2), Eymer (21), Fabius (22), v. Graff (32), Hölder (40), Löwenthal und Pagenstecher (53), Reifferscheid (67), Füth (Diskussion zu Pankow, Nr. 60) ausgesprochen. Die **Massivbestrahlung** wird von Marek (56), Partos (61), Pfahler (64), H. Schmitz (75) und viele andere in Anwendung gebracht und empfohlen.

Schädigungen gehören jetzt zu den grössten Ausnahmen. Leichtere Verbrennungen kamen unter Bunnenbergs 27 Fällen viermal vor (10). In Monheims Material (58) gingen einmal die Ausfallserscheinungen bis zur Vergesslichkeit, Aufgeregtsein, Schlaflosigkeit; allerdings bei sehr nervöser Patientin. Dagegen wird der „Röntgenkater" häufig beobachtet.

Bei **Pruritus** hatten Fabius (22) und Peham (62) gute Resultate zu verzeichnen.

Radium und Mesothorium.

Myombestrahlung mit Radium resp. Mesothorium wurde, durchweg mit gutem **Erfolge,** angewandt von de Courmelles (cf. Kapitel „Strahlentherapie der Karzinome", Nr. 35; kombiniert mit der Röntgenbestrahlung), Gauss und Krinsky (28), Kelly und Burnam (44), Laquerrière (51; nach dem Verfahren von Haret, cf. Kapitel „Strahlentherapie der Karzinome", Nr. 74) und Nahmmacher (59). — Kelly und Burnam (44) bringen in Lachgasnarkose das Radium in grossen Dosen in den Uterus; auch die Bestrahlungsdauer wird für jeden Fall einzeln festgestellt. Die **Wirkung** soll durch die Gebärmutter, nicht über die Ovarien stattfinden. Es scheint, dass durch Mesothoriumbestrahlung schneller Amenorrhoe erreicht wird, wie durch die Röntgenbehandlung, aber keine Verkleinerung der Tumoren (79).

Myom und Schwangerschaft.

1. van Assen, J., Een geval van steeldraaing van een myoom tijdens de zwangerschap. (Ein Fall von Stieldrehung eines Myoms während der Schwangerschaft.) Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. I. Hälfte. Nr. 24. S. 2284—2285. (Ein subseröses, kindskopfgrosses Myom, welches um 360 Grade torquiert war und zu einer akuten Peritonitis Veranlassung gegeben hatte. Der Tumor wurde per laparotomiam entfernt, sass mit dünnem Stiel auf dem Fundus des ca. drei Monate schwangeren Uterus. Ungestörte Rekonvaleszenz. Normale Geburt.) (Mendes de Leon.)
Tijdschr. v. Geneesk. I. Hälfte. Nr. 24. S. 2284—2285. (Holländisch.) (Kasuistisch. Das Myom wurde im Stiel abgetragen und die Schwangerschaft ging ungestört weiter.)
2. Balard, P., Grossesse compliquée d'hydramnios dans un utérus fibromateux; possibilité d'une infection d'origine paternelle. Soc. d'obst. et de gyn. de Bordeaux. Sitzg. vom 24. März. Ref. Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn. de Paris. Nr. 5. S. 441—445. Revue mens. de gyn., d'obst. et de péd. Nr. 6. S. 394. (Schwierige Diagnose. Ursache des Hydramnion soll in der Malaria des Vaters zur Zeit der Befruchtung liegen (? Ref.).

Diskussion: Péry stimmt mit der Möglichkeit letzterer Annahme ein. Fieux hat mehrere Schwangerschaften von Vätern mit Malaria entstehen sehen, aber niemals mit Hydramnion.)

3. Bar, P., Fibromes et grossesse. Journ. d. sages-femmes. Nr. 3. S. 17—19. Nr. 4. S. 25—26. Nr. 5. S. 33—35.
4. Becking, A. G. Th., Myomnekrose während der Schwangerschaft. Ned. Maandschr. v. verlosk., vrouwenz. en kindergeneesk. Heft 1. S. 18—38. Heft 2. S. 75—83. (Holländisch.) (Sechs eigene Fälle und kritische Übersicht der Literatur.)
5. Bender, X., Fibrome utérin à pédicule tordu compliquant une grossesse de 3 mois. Soc. d'obst. et de gyn. de Paris. Mai-Sitzg. Ref. Revue mens. de gyn., d'obst. et de péd. Nr. 6. S. 392. (Nach Abtragung genas die Kranke und die Schwangerschaft ging ungestört weiter.)
6. Bovee, J. W., Mummified, advanced abdominal pregnancy complicated by uterine fibromata. The Washington obst. and gyn. Soc. Sitzg. vom 9. Mai 1913. Ref. The Amer. Journ. of obst. and dis. of women and children. Bd. 69. Nr. 435. März. S. 506 bis 511. (Kasuistisch. Krankengeschichte und Operationsbefund mit drei Abbildungen des Präparates.)
7. Delle Chiaje, S., Fibromi cadutti in sfacele durante il puerperio. Arch. ital. di ginec. 1913. Nr. 12. S. 283—286. Ref. Revue de gyn. et de chir. abd. Bd. 22. Nr. 3. S. 250 bis 251. (Dieselbe Arbeit ist französisch erschienen; cf. dieses Kapitel Jahresbericht 1913, Nr. 13.)
8. — Fibromes sphacélés pendant les suites de couches. Revue mens. de gyn., d'obst. et de péd. Nr. 2. S. 115—117. (Kasuistischer Fall. — Akutes Hydramnion. Im Wochenbett wurde der Tumor spontan ausgetrieben und wegen Fieber entfernt.)
9. Decio, C., Eine Reihe von durch verschiedene entzündliche und neoplastische Veränderungen komplizierter Extrauterinschwangerschaften. Geb.-gyn. Ges. d. Emilia u. d. Marken. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 20. S. 748. Als Original erschienen in Ann. di ost. e gin. 1913. Nr. 11. S. 591—624. (Verf. hat 50 in der geburtshilflichen Klinik zu Parma operierte Extrauterinschwangerschaften vom klinischen und pathologisch-anatomischen Standpunkte aus untersucht. Bei fünf Fällen bestand die Assoziation mit einem Uterusmyom, die nach der Meinung des Verf. als eine zufällige betrachtet werden muss.)
10. Edelberg, H., Röntgenstrahlen und Schwangerschaft. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 27. S. 1262. (Trotz dreimonatlicher Röntgenbestrahlung wegen Myom fand Konzeption statt und wurde rechtzeitig ein normales Kind geboren. Das Myom war während der Schwangerschaft kleiner geworden.)
11. Favell, W. R., Labour obstructed by fibroid, North of England obst. and gyn. Soc. Sitzg. vom 20. Nov. Ref. The Brit. med. Journ. Nr. 2817. 26. Dez. S. 1101. The Lancet. Nr. 4765. 26. Dez. S. 1465. (37jährige IIIpara, seit einer Woche in Partu. Pan hysterektomie.)
12. Feldmann, Die Nekrose der Myome in Schwangerschaft und Wochenbett. Dissert. in. Berlin.
13. Fischer, F., Portiomyom als Geburtshindernis. Dissert. in. Jena. August.
14. Gemmell, J. E., Fibroids complicating pregnancy. North of England obst. and gyn. Soc. Sitzg. vom 20. Nov. Ref. The Brit. med. Journ. Nr. 2817. 26. Dez. S. 1101. The Lancet. Nr. 4765. 26. Dez. S. 1465. (41jährige Ipara. Uterusexstirpation.)
15. Goinard, E., et Laffont, Myomectomie au 3. mois de la grossesse. Réunion obst. et gyn. d'Alger. Sitzg. vom 25. April. Ref. Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn. de Paris. Nr. 5. S. 415—417. (Kasuistisch. Stieltorsion war zuerst als Appendizitis, dann als geplatzte Extrauterinschwangerschaft diagnostiziert worden. Das Myom wurde im 4 cm langen Stiel abgetragen; die Schwangerschaft geht weiter.)
16. Griffith, W. S. A., A case of uterorectal adenomyoma with extensive decidual metaplasia complicating pregnancy. Sect. of obst. and gyn. of the royal Soc. of Med. Sitzg. vom 2. Juli. Ref. The Lancet. Nr. 4742. 18. Juli. S. 159. (37jährige IIpara im sechsten Monat. Durch Radiumbestrahlung ist der Tumor stark zurückgegangen und die spontane Geburt wird abgewartet.)
17. Gross, E., Myomnekrose in der Schwangerschaft. Verein Deutscher Ärzte in Prag. Sitzg. vom 6. März. Ref. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 22. S. 1060. Als Original erschienen i. d. Prager med. Wochenschr. Nr. 11. S. 114—116. (Im neunten Monat gravide 30jähr. Primipara, unter Schmerzen, Fieber, Dyspnoe und Brechreiz erkrankt. Diagnose auf Stieltorsion eines Ovarialtumors gestellt. Die Laparotomie

ergab Aszites und ein subseröses Myom rechts am Fundus. Exstirpation, glatter Verlauf. Der Tumor war nekrotisch. Partus am normalen Schwangerschaftsende.)

18. Grosse, A., Grossesse compliquée de fibromes; hystérectomie. Revue mens. de gyn., d'obst. et de péd. Nr. 5. S. 315—317. (Kasuistisch. 32jährige Ipara, 3—4 Monate schwanger. Urinbeschwerden und Unterleibsschmerzen. Der Tumor wächst schnell und ruft Einklemmungserscheinungen hervor. Laparotomie. Enukleation ist nicht möglich, die Geschwulst sitzt intramural in der Cervix. Subtotale Hysterektomie. Im sofort eröffneten Uterus lebt der Fötus noch. Das Myom ist schon zum Teil nekrotisch. Ungestörte Heilung der Patientin.)

19. Herrenschneider, K., Über die Komplikationen der Schwangerschaft durch Myome und Ovarialtumoren. Dissert. in. Strassburg. Juni.

20. Jeannin, C., Manie puerpérale et fibrome infecté chez une accouchée; hystérectomie; guérison;. Soc. d'obst. et de gyn. de Paris. Sitzg. vom 9. Febr. Ref. Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn. de Paris. Nr. 2. S. 84—85. (Kasuistisch. 27jährige Ipara. Trotz zweimaliger Untersuchung blieb das Myom in der Schwangerschaft unbemerkt und machte auch keine Beschwerden. Entbindung normal; gleich nachher wurde der harte, fibromatöse Uterus gefunden. Geringe Temperaturerhöhung im Wochenbett; Ausstossungserscheinungen von seiten des Uterus. Ausgesprochen manischer Zustand der Patientin. — Abdominale Totalexstirpation. Ungestörte Heilung. Es wurde ein interstitielles, abgekapseltes Myom von 15 cm Durchmesser in der vorderen Uteruswand gefunden. Histologischer Befund.)

21. Jung, Ph., Myom und Schwangerschaft. Med. Ges. zu Göttingen. Sitzg. vom 7. Mai. Ref. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 24. S. 1146. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 31. S. 1597. (Myome verhindern die Schwangerschaft nur dann, wenn sie im Cavum uteri sitzen. Eine Gravidität bei myomatösem Uterus endet entweder mit frühzeitigem Abort, oder es stellen sich nach normalem Verlauf der Schwangerschaft Schwierigkeiten bei der Geburt ein, oder es tritt nach einiger Zeit der Fruchttod ein. Austragen mit günstigem Erfolg ist selten wegen der Gefahr der Atonie bzw. der Verjauchung der Myome und sich entwickelnder Sepsis. Vortragender warnt vor der Ausräumung des myomatösen Uterus bei Abort wegen der Gefahr der Sepsis; es ist in solchen Fällen die Totalexstirpation notwendig. Am besten ist die rechtzeitige Enukleation der Myome, wobei Abort nicht eintritt falls es gelingt, die Eihäute nicht zu verletzen. Vortragender demonstriert eine Anzahl instruktiver, durch Operation gewonnener Präparate.)

22. Kleinschmidt, K., Über die Komplikation von Schwangerschaft und Myom. Dissert. Würzburg. Mai. (An der Hand von 18 Fällen bespricht Verf. Diagnose und Therapie. Sechs Fälle wurden konservativ behandelt, die Geburt verlief stets normal. Viermal wurde während der Schwangerschaft enukleiert mit Erhaltung derselben. Zweimal wurde im Wochenbett, einmal unter der Geburt das Myom entfernt. Viermal musste die supravaginale Amputation während der Schwangerschaft gemacht werden. Alle Fälle wurden geheilt entlassen.)

23. Koblanck, A., Myomatöser gravider Uterus nach Röntgenbehandlung. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin. Sitzg. vom 11. Dez. Ref. Berl. klin. Wochenschr. 1915. Nr. 1. S. 21. (Exstirpation, weil der Leibesumfang nicht abnahm. Die Gravidität wurde dann erst gefunden und muss während der Bestrahlungszeit eingetreten sein.

24. Kosmak, G. W., Cesarean section followed by hysterectomy for dystocia due to a fibroid in the lower segment. Sect. of obst. and gyn. of the New York Acad. of Med. Sitzg. vom 27. Jan. Ref. Med. record. Bd. 85. Nr. 13. The Amer. Journ. of obst. and dis. of women and children. Bd. 69. Nr. 436. S. 710—712. (Ergibt sich aus der Überschrift. Mit zwei schematischen Abbildungen.)

25. Kousmine, P., Über Tumoren als Geburtshindernis. Med. Obosren. 1913. Nr. 4. Ref. La Gyn. Heft 1. S. 79. (Kasuistisch. Subseröses Fibromyom der hinteren Lippe. Enukleation.)

26. Küttner, O. J., Kaiserschnitt wegen Uterusmyom mit totaler Entfernung des Uterus. Ges. f. Geb. u. Gyn. in St. Petersburg. Sitzg. vom 31. Okt. 1913. Ref. La Gyn. Heft 1. S. 56. Als Original erschienen im Journ. akusch. i shensk. bolesn. Bd. 29. S. 69—72. (Russisch.) (29jährige Frau. Bei der Entbindung wurde ein das ganze kleine Becken ausfüllender Tumor gefunden, der sich nicht hinaufdrängen liess. Kaiserschnitt; lebendes Kind. Der Uterus ist von zahlreichen Tumoren durchsetzt, ein grosses retrozervikales Myom hat sich subperitoneal ins Beckenbindegewebe entwickelt. Totale Hysterektomie. Heilung.)

27. Landau, L., Demonstration eines Präparates von Myomatosis uteri gravid. mens. III. Berl. med. Ges. Sitzg. vom 8. Juli. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 28. S. 1589. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 30. S. 1541. La sem. méd. Nr. 28. S. 336. Als Original erschienen i. d. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 31. S. 1445. (31jährige Patientin. Die Enukleation liess sich bei der Grösse des Tumors, der bis ins Hypochondrium reichte, nicht ausführen. Die Prognose ist gut; von über 30 Fällen ist Vortragendem keiner zugrunde gegangen. Die frühere Ansicht, dass bei Myomen Konzeption nicht eintritt, ist längst als unrichtig erwiesen.)

28. Lehmann, H., Demonstration eines operativ entfernten graviden Uterus mit Myomen. Ges. f. Natur- u. Heilk. zu Dresden. Sitzg. vom 10. Jan. Ref. Münchn. med. Wochenschrift. Nr. 14. S. 790.

29. Lockyer, C., Multiple fibroids removed during the sixth month of pregnancy. Sect. of obst. and gyn. of the Royal Soc. of Med. Sitzg. vom 5. März. Ref. Proceed. of the Royal Soc. of Med. Nr. 6. S. 221—225. The Lancet. Nr. 4726. 28. März. S. 892. (Die Schwangerschaft ging ungestört weiter.)

30. Marshall, G. B., Early tubal gestation in a malformed right tube. Uterine fibroid Large cystic ovaries. Journ. of obst. and gyn. of the Brit. Emp. Bd. 25. Nr. 3. S. 161 bis 162. (Ergibt sich aus der Überschrift. Supravaginale Totalexstirpation.)

31. Matvéieff, G., Zwei Fälle von Kaiserschnitt wegen Myom. Ges. f. Geb. u. Gyn. in Moskau. Sitzg. vom 30. Okt. 1913. Ref. La Gyn. Heft 1. S. 59—60. (Im ersten Falle war das Myom im Zentrum eitrig zerfallen; im zweiten fand sich sarkomatöse Degeneration. Nach zwei Monaten ist die Patientin noch rezidivfrei.)

32. Maxwell, D., Large interstitial fibromyoma in the fundus of the uterus, removed by abdominal hysterectomy after the third stage of labour. Sect. of obst. and gyn. of the Royal Soc. of Med. Sitzg. vom 5. März. Ref. Proceed. of the Royal Soc. of Med. Nr. 6. S. 229—230. The Lancet. Nr. 4726. 28. März. S. 892. (Spontane Geburt; Nachblutung nach Ausstossung der Plazenta, die zum Teil auf der Myomkapsel sass. Radikaloperation.)

33. Peterson, E. W., A case of degenerated uterine fibroids with pregnancy, simulating ectopic pregnancy. Post-graduate. Bd. 29. Nr. 6. S. 417—419. (Kasuistisch. Ergibt sich aus der Überschrift. Temperaturerhöhung bis 39,4. Amputatio uteri supravaginalis per laparotomiam. Heilung.)

34. Philips, Th. B., Fibromyoma uteri en steriliteit. (Uterusmyom und Sterilität.) Nederl. Maandschr. v. verlosk., vrouwenz. en kindergeneesk. Nr. 6. S. 350—361. (Holländisch.) (Zusammenfassung der Dissertation, cf. dieser Jahresbericht, Bd. 26, „Myom und Schwangerschaft", Nr. 43.)

35. Purslow, C. E., Uterus with red degeneration of a myoma and early pregnancy. Sect. of obst. and gyn. of the Royal Soc. of Med. Sitzg. vom 7. Mai. Ref. The Lancet. Nr. 4735. 30. Mai. S. 1536. The Journ. of Obst. and gyn. of the Brit. Emp. Bd. 25. Nr. 6. S. 363. (Die Regel war 10 Tage verspätet, während der Zeit Patientin heftige Leibschmerzen hatte. Die Uterushöhle war mit Blutgerinnsel angefüllt; der Tumor sass an der vorderen Wand und war zum Teil rot degeneriert.)

36. — Uterus with multiple fibroids and placenta praevia, removed by hysterectomie Sect. of obst. and gyn. of the Royal Soc. of Med. Sitzg. vom 7. Mai. Ref. The Lancet. Nr. 4735. 30. Mai. S. 1536. The Journ. of obst. and gyn. of the Brit. Emp. Bd. 25. Nr. 6. S. 363. (Operationspräparat. Schwangerschaft in der 11. Woche.)

37. Rieck, A., Demonstration eines Tumors, der zwischen zwei fast gleichgrossen (Kindskopfgrösse) Myomen ein 3—4 Monate schwangeres Corpus uteri zeigt. Geb. Ges. zu Hamburg. Sitzg. vom 3. Dez. 1913. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 8. S. 312. (Genaue Beschreibung der anatomischen Verhältnisse und der Indikation zum operativen Eingreifen.)

38. Roesch, H., Beitrag zur Komplikation von Myom und Schwangerschaft. Inaug.-Dissert. in. Göttingen. (Heimann.)

39. van Rooy, A. H. M. J., Myoom en zwangerschap. (Myom und Schwangerschaft.) Nederl. Maandschr. v. verlosk., vrouwenz. en kindergeneesk. Nr. 6. S. 343—349. (Holländisch.) (IV para am Ende der Schwangerschaft. Kindskopfgrosses Cervixmyom. Urinretention durch Katheterisation behoben. Beim Einsetzen der Wehen Kaiserschnitt. Nach sechs Monaten wegen erneuter Urinbeschwerden abdominale Totalexstirpation. Kaiserschnittsnarbe am Uterus glatt geheilt; enthält nur noch eine Seidenknopfnaht. Heilung.)

40. Rose, H., Eitrig erweichtes Myom in der Schwangerschaft. Geb. Ges. in Hamburg. Sitzg. vom 3. Dez. 1913. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 8. S. 312. (38jährige Gravida mens. III. Am rechten Fundalwinkel ein harter, faustgrosser Tumor, offenbar ein Myom, das im Verlaufe von einigen Wochen an Grösse zunahm und derartige Schmerzen machte, dass laparotomiert werden musste. Befund: rechts oben im Uterus ein Myom, in dem rechts Tube und Lig. rotundum inserieren. Exstirpation des gut abgegrenzten Myomknotens, durch den die Tube hindurchläuft. Der Tumor ist im Innern deutlich eitrig erweicht und gangränös.)

41. Ryan, E., Caesarean sections at the Louise Margaret hospital, Aldershot. Journ. of the Royal army med. corps. Nr. 4. S. 442—443. (Dabei eine wegen grossem cervikalem Myom, das ein absolutes Geburtshindernis bildete. Anschliessend supravaginale Totalexstirpation.)

42. Semon, M., Myom und Gravidität bei Retroflexio uteri. Nordostdeutsche Ges. f. Gyn. Sitzg. vom 29. Nov. 1913. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. Heft 2. S. 255. (28jährige Igravida mens. III. Keine Kompressionserscheinungen. Reposition unmöglich. Supravaginale Uterusamputation.)

43. — Demonstration eines im dritten Monat der Schwangerschaft durch supravaginale Amputation entfernten Uterus mit kindskopfgrossem Myom. Verein f. wissensch. Heilk. zu Königsberg i. Pr. Sitzg. vom 12. Jan. Ref. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 12. S. 574. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 15. S. 779. (Das interstitielle Myom sass mit breiter Basis der vorderen Wand auf und hatte den Uterus in extremer Retroflexio gedrückt, so dass dasselbe das kleine Becken vollständig ausfüllte. In dieser Komplikation lag die zwingende Indikation zum sofortigen Eingriff. Die Konzeption war trotz der äusserst ungünstigen Verhältnisse nach einem einmaligen Koitus erfolgt.)

44. Skutsch, F., Uterus myomatosus gravidus. Ges. f. Geb. u. Gyn. in Leipzig. Sitzg. vom 15. Dez. 1913. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 12. S. 450. (Myomatöser Uterus im dritten Schwangerschaftsmonat durch supravaginale Amputation entfernt.)

45. de Snoo, K., Demonstration eines zystisch degenerierten subserösen Myom, das ein Geburtshindernis abgegeben hatte. Nederl. Gyn. Vereeniging. Sitzg. vom 30. Nov. 1913. Ref. Nederl. Tijdschr. v. Verlosk. en Gyn., 23. Jahrg. Heft 3/4. S. 275—278. (Holländisch.) (Kasuistisch. 38jährige IIgravida; vor einem Jahre Abortus. Schwangerschaft ungestört. Beim Partus Querlage. Der Tumor füllt das ganze kleine Becken aus. Kaiserschnitt, lebendes Kind. Wegen zahlreicher kleinerer Myome an der Cervix Amputation des Uterus nach Porro. — Es schliesst sich eine Diskussion an über die Zweckmässigkeit der Catgutverwendung beim Kaiserschnitt.)

46. Solomons, B., Uterus with cervical myomata. Sect. of obst. of the Royal Acad. of Med. in Ireland. Sitzg. vom 3. April. Ref. The Lancet. Nr. 4731. 2. Mai. S. 1255. (Die seit 11 Jahren verheiratete Patientin hatte drei Frühgeburten durchgemacht lange bevor die Myome entdeckt waren und später die Geburt eines mazerierten Kindes. Ein Zusammenhang zwischen diesen Erscheinungen lässt sich nicht finden. — Hysterektomie aus Furcht vor weiteren mazerierten Früchten und maligner Degeneration.)

47. Soubeyran, P. et Sp. N. Oeconomos, Fibrome de l'utérus gravide. Rev. franç. de méd. et de chir. Jahrg. 11. Nr. 8. S. 119—120. (Kasuistisch. 39jährige Nullipara im zweiten Monat. Die Indikation zur Operation wurde durch Schmerzen, Miktionsbeschwerden, schnelles Wachstum der Tumoren und schlechtem Allgemeinbefinden gegeben. Im abdominal entfernten Uterus finden sich zahlreiche, teils harte, teils gelatinöse, teils mit kleinen Flüssigkeitshöhlen durchsetzte Myome und im Fundus einen 25 mm langen Embryo.)

48. — — Quand faut-il intervenir dans les fibromes compliquant la grossesse? Gaz. des Hôp. Nr. 78. S. 1287.

49. Späth, G. F., Drei Myome. Geb. Ges. in Hamburg. Sitzg. vom 10. Febr. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 15. S. 560. (In allen drei Fällen bestand strenge Indikation zur Operation: in zweien Schwangerschaft und im dritten Stieldrehung.)

50. Statham, R. S., Demonstration of a fibromyoma producing retroversion of the gravid uterus and causing retention of the urine. Midland obst. and gyn. Soc. Sitzg. vom 6. Jan. Ref. The Journ. of obst. and gyn. of the Brit. Emp. Bd. 25. Nr. 5. S. 292. (Nähere Angaben fehlen.)

51. Stevens, T. G., Uterine fibroids; one impacted in the pelvis obstructing delivery; caesarean hysterectomy. Obst. and gyn. Sect. of the Royal Soc. of Med. Sitzg. vom 5. Febr. Ref. Proceed. of the royal Soc. of Med. Bd. 7. Nr. 5. S. 182—184. The Journ.

of obst. and gyn. of the Brit. Emp. Bd. 25. Nr. 3. S. 171. (Kasuistisch. Ergibt sich aus der Überschrift.)

52. Stookes, A., Fibroids complicating pregnancy. North of England obst. and gyn. Soc. Sitzg. vom 20. Nov. Ref. The Brit. med. Journ. Nr. 2817. 26. Dez. S. 1101. Lancet. Nr. 4765. 26. Dez. S. 1465. (30jährige I para mens. V; Uterusexstirpation. Zystische Degeneration des Tumors.)

53. Strassmann, P., Myom und Schwangerschaft. Gyn. Ges. zu Berlin. Sitzg. vom 9. Jan. Ref. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 5. S. 233. (Faustgrosses Myom im unteren Segment, das absolut nicht in die Höhe steigen wollte. Erweiterung trat nicht ein. Sectio caesarea mit Exstirpation, Erhaltung der Adnexe. Fieberloser, glatter Verlauf. Patientin war 41 Jahre alt. — 2. Totalexstirpation eines myomatösen Uterus bei Plazentarretention.)

54. Tédenat, E., Inversion de l'utérus. Réunion obst. et gyn. de Montpellier. Sitzg. vom 3. Dez. 1913. Ref. Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn. de Paris. 1913. Nr. 9. S. 804 bis 810. Revue de gyn. et de chir. abd. Bd. 22. Nr. 3. S. 248—250. (Kasuistisch. Primipara; ungestörte Entbindung; nach Ausstossung der Plazenta jedoch heftige Hämorrhagie und ein zweifaustgrosser Tumor vor der Vulva. Es ist der für Dreiviertel invertierte Uterus mit zwei weichen Myomen am Fundus. Das eine Myom konnte am Stiel unterbunden und abgetragen, das andere nach Inzision der Schleimhaut enukleiert werden. Die Reponierung des Uterus ging dann leicht vonstatten. Patientin genas und wurde zwei Jahre später ohne Störung entbunden.)

55. Tóth, S., Extrauterine Gravidität bei Myom. Ungar. Ärzteverein in Budapest. Sitzg. vom 10. Febr. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 22. S. 815—816. (Kasuistisch. 35jährige Nullipara, seit 15 Jahren verheiratet. Die Diagnose wurde bei der Laparotomie wegen plötzlicher innerer Blutung gestellt. Amputatio supravaginalis. Heilung. — Diskussion: Scipiades: Als mechanischer Faktor kann das Myom ganz sicher extrauterine Gravidität verursachen. Dass dies doch verhältnismässig selten (1,3%) der Fall ist, liegt daran, dass gerade jene Geschwülste, die zu einer extrauterinen Gravidität disponieren, die im Fundus und in der Tube sitzenden Myome, für gewöhnlich auch die Gravidität überhaupt stören.)

56. Willey, F., Specimen illustrating partial development of a placenta on the decidua capsularis and implantation on a submucous fibromyoma. Sect. of obst. and gyn. of the Royal Soc. of Med. Sitzg. vom 7. Mai. Ref. The Lancet. Nr. 4735. 30. Mai. S. 1536.

Die Dissertationen von Herrenschneider (19), Kleinschmidt (22) und Roesch (38), sowie der Vortrag von Jung (21) befassen sich an Hand einzelner Fälle mehr im allgemeinen mit der Komplikation der Schwangerschaft durch Myome.

Kasuistische Mitteilungen sind in grosser Zahl veröffentlicht worden, meistens wegen der einen oder anderen Komplikation, welche die Tumoren unter Einfluss der hinzutretenden Schwangerschaft hervorriefen.

Semon (43) und Statham (50) beobachteten als Schwangerschaftsstörung eine Rückwärtsverlagerung des myomhaltigen Uterus, welcher Zustand **Urinretention** zur Folge hatte.

Nekrose während der Schwangerschaft kommt häufig vor. Solche Fälle sind u. a. von Becking (4; sechs eigene Fälle), delle Chiaje (8), Feldmann (12; Dissertation über die Nekrose der Myome in Schwangerschaft und Wochenbett), Gross (17), Grosse (18), Matvéieff (31), Peterson (33), Rose (40) und Stookes (52) beschrieben.

Stieldrehung des Tumors in der Gravidität beobachteten v. Assen (1), Bender (5), Goinard und Laffont (15), Späth (49) u. a.

Wie grosse Schwierigkeiten oft die **Diagnose** des Zusammentreffens von Myom und Schwangerschaft machen kann, geht aus den Fällen von Goinard und Laffont (15), Gross (17) und Peterson (33) hervor.

Ob und in welchem Masse die Anwesenheit von Myomen im Uterus zu **Sterilität** führt, lässt sich nur sehr schwierig entscheiden. Philips (34), Semon (43), Jung (21) und Landau (27) beschäftigten sich mit dieser Frage.

Bovee (6), Decio (9; fünf Fälle), Marshall (30) und Tóth (55) haben an Hand von einigen selbstbeobachteten Fällen festzustellen versucht, ob ein Zusammenhang besteht zwischen dem Vorkommen von Myomen im Uterus und **Extrauteringravidität**. Nach Decio (9) ist dieses Zusammentreffen nur ein zufälliges. Auch nach Scipiades (55) ist es verhältnismässig selten (1,3% der Fälle), aus dem Grunde, weil die im Fundus und in der Tube sitzenden

Myome, die zu einer Extrauteringravidität führen könnten, für gewöhnlich auch die Schwangerschaft überhaupt verhindern.

Das Verhalten des Tumors selbst während der Schwangerschaft ist, auch was seine Grössenzunahme betrifft, sehr wechselnd. Während u. a. Grosse (18), Rose (40) und Soubeyran (47) ein entschiedenes **Wachstum** konstatieren konnten, meinen Edelberg (10) und Griffith (16), vielleicht unter Einfluss der Bestrahlungsbehandlung, ein **Kleinerwerden** der Myome während der Schwangerschaft konstatiert zu haben.

Ob direkt oder indirekt **Schädigung der Frucht** durch ein Myom im Uterus stattfinden kann, ist noch eine offene Frage. Solomons (46) hat nach drei Frühgeburten und der Geburt eines mazerierten Kindes bei einer Frau mit Uterusmyomen aus Furcht vor weiteren mazerierten Früchten den Uterus entfernt. Balard (2) und delle Chiaje (8) beschreiben Fälle von **Hydramnion** bei myomatösen, geschwängerten Uteris.

Kasuistische Mitteilungen über Myome, die ein **Geburtshindernis** abgegeben haben, sind nicht selten und werden u. a. von Favell (11), Fischer (13; Dissertation; Portiomyom als Geburtshindernis), Kosmak (24), Kousmine (25), Küttner (26), v. Rooy (39), Ryan (41), de Snoo (45), Stevens (51) und Strassmann (53) publiziert. Meist wurde dann im Anschluss an den Kaiserschnitt der Uterus exstirpiert.

Purslow (36) beschreibt einen 11 Wochen graviden myomatösen Uterus mit **Placenta praevia.**

Störungen im Wochenbett durch Myome, die oft bis dahin unbemerkt blieben, kommen anscheinend nicht sehr selten vor. Jeannin (20) teilt einen Fall mit, in dem er durch **Infektion** eines interstitiellen, abgekapselten Myoms im Wochenbett gezwungen wurde, den Uterus zu exstirpieren. Die Patientin heilte ungestört. Maxwell (32) und Strassmann (53) mussten wegen heftiger **Nachblutung** die Gebärmutter entfernen; die Plazenta hatte zum Teil der Myomkapsel aufgesessen. Feldmanns Dissertation (12) handelt über die **Nekrose** der Myome im Wochenbett. Oft macht der Uterus spontane **Austreibungsversuche.** Solche Fälle wurden von delle Chiaje (7), Jeannin (20), Tédenat (54) u. a. beschrieben. Bei der letzterwähnten Patientin entstand eine **Inversio uteri.** Mehrere Fälle von im Anschluss an das Wochenbett chronisch entstandenen Inversionen des Uterus infolge Austreibung von Myomen sind im Kapitel „Pathologie des Uterus", 4d) „Inversio uteri chronica", erwähnt worden.

Wie man sich vom **therapeutischen** Standpunkt aus beim Zusammentreffen von Myom und Schwangerschaft verhalten soll, lässt sich nur von Fall zu Fall entscheiden. Die meisten Fälle eignen sich zu abwartendem Verhalten und die Entbindung findet schliesslich ohne Störung statt. Doch wird auch öfters der myomatöse Uterus schon während der Schwangerschaft **exstirpiert.** Dies geschah u. a. in den Fällen von Gemmell (14), Grosse (18), Kleinschmidt (22; Dissertation), Landau (27), Lehmann (28), Rieck (37), Oeconomos (47), Semon (42), Skutsch (44), Späth (49) und Stookes (52). Die Indikationen, auf die der radikale Eingriff vorgenommen wurde, sind in den betreffenden Publikationen nachzusehen. Häufig lassen sich jedoch, auch in bezug auf den ungestörten **Fortbestand der Schwangerschaft,** mit einer **konservativen Myomektomie** gute Resultate erzielen, wie aus den Mitteilungen von v. Assen (1), Bender (5), Goinard und Laffont (15), Gross (17), Jung (21), Kleinschmidt (22; Dissertation) und Lockyer (29) hervorgeht.

Karzinome.

1. Abderhalden, E., Notizen über die Verwertbarkeit des Dialysierverfahrens bei klinischen und biologischen Fragestellungen. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 5. S. 233 bis 238. (Betreffs der Karzinomdiagnose mittelst des Dialysierverfahrens: alle Angaben über die Resultate sind wertlos, wenn nicht genau angegeben wird, 1. was für ein Karzinom als Substrat zur Verwendung kam, und 2. welche Art von Karzinom beim Patienten vorlag. Endlich muss unbedingt auch mitgeteilt werden, in welchem Zustand der Patient sich befand (Anfangsstadium, Kachexie usw.). Abderhalden zweifelt nicht daran, dass sich bald herausstellen wird, weshalb zurzeit die Angaben über die Brauchbarkeit des Dialysierverfahrens zur Erkennung von Karzinom noch so sehr verschieden sind. Hauptsache bei der Karzinomuntersuchung ist, dass das befallene Gewebe bei der Anstellung des Versuches im Substrate zugegen ist.)

2. Abderhalden, E., Vorläufige Mitteilung über die Beeinflussung von Rattentumoren durch Serum, das Fermente enthält, die auf einzelne ihrer Bestandteile eingestellt sind. Med. Klinik. Nr. 5. Ref. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 15. S. 435. (Bestätigung der günstigen Wirkung der Tumorautolysatbehandlung bei Sarkomratten.)

3. — Die experimentellen Beweise für das Vorkommen von Abwehrfermenten unter verschiedenen Bedingungen. Verein d. Ärzte zu Halle a. S. Sitzg. vom 8. Juli. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 39. S. 2009—2010. (Diskussion Budde.) Als Original erschienen i. d. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 36. S. 1897—1899. (Überblick über die Entwicklung der ganzen Forschung. Zum Schluss behauptet Verf., dass je zurückhaltender die einzelnen Forscher in der Beurteilung ihrer Ergebnisse seien, je lieber es ihm sei. Er hat versucht, ein Serum zu bereiten, das gegen Tumoren eingestellt ist. Er hoffte damit erstens Besserung herbeiführen zu können durch fermentative Entfernung der im Blute kreisenden blutfremden Stoffe; dann wäre die Möglichkeit gegeben, dass es gelingen werde, die Tumorzellen selbst zu beeinflussen. Die bisherigen Erfahrungen haben gezeigt, dass in einzelnen Fällen das Allgemeinbefinden und in ganz vereinzelten auch der Tumor (Karzinom) günstig beeinflusst worden ist. Es liegt ein Obduktionsbefund vor, der sicher beweist, dass das angewandte Serum auf das vorhandene Karzinom energisch eingewirkt hat. Diese Tatsache erscheint Verf. an und für sich bemerkenswert.)

4. Abderhaldensche Untersuchungsmethoden, Umfrage über die Bedeutung der — für die Geburtshilfe und Gynäkologie. Med. Klinik. Nr. 11. S. 453—455. Nr. 12. S. 505 bis 506. Ref. Brit. med. Journ. Nr. 2786. Ep. of curr. med. litt. S. 83. (Umfrage an 15 deutschen Frauenkliniken über die Resultate und den Wert der Methode.)

5. Alberger, H. R., The laboratory diagnosis of malignancy. Lancet-clin. Bd. 109. Nr. 17. S. 442—444. (Verschiedene Grade der Benignität und Malignität. Wichtigkeit der histologischen Diagnose für den Praktiker. Schwierigkeiten der histologischen Diagnose, speziell des Curettements.)

6. Allmann, J., Zur Serodiagnostik nach Abderhalden. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 6. S. 271—274. (Cf. Jahrgang 1913 dieses Jahresberichts, Kap. „Karzinome", Nr. 10.)

7. Apolant, H., Über die Serodiagnostik maligner Tumoren. Wissenschaftl. Vereinig. am städt. Krankenhaus zu Frankfurt a. M. Sitzg. vom 20. Jan. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 8. S. 443. (Verf. kommt zum Schluss, dass allen bisherigen Methoden — Antitrypsin, Meiostagmin, Freund-Kaminer, v. Dungern, Abderhalden — trotz ihres hohen theoretischen Interesses vorläufig nur ein bedingter Wert für die Diagnose Krebs zuerkannt werden kann.)

8. — u. K. Bierbaum, Über den Erfolg von Mäusekarzinomimpfungen auf Kaninchen. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 11. S. 528—531. (Strauchs Ergebnisse, nach welchen bei Kaninchen durch Überimpfung von Mäusekarzinom in 50% der Fälle Geschwülste entstehen, konnten nicht bestätigt werden, obwohl Verff. mit dem gleichen Tumormaterial arbeiteten. Cf. Strauch, Nr. 269.)

9. Ayers, D. R., Carcinoma of the cervix at an early age. The Alumni of the sloane hosp. for women. Sitzg. vom 23. Jan. 1913. Ref. The Amer. Journ. of obst. and dis. of women and children. Bd. 69. Nr. 436. April. S. 698—700. (Zusammenstellung der Fälle aus der Literatur von Frauen unter 30 Jahren, welche an Uteruskrebs erkrankten und Mitteilung zweier eigener Fälle. Die eine Patientin war 27 Jahre und das Karzinom inoperabel. Die andere war ein Mädchen von 17 Jahren, wurde nach Wertheim operiert und ist seit zwei Jahren rezidivfrei. Ausführliche Mitteilung des Operationsberichtes und des Befundes.)

10. Ball, C. F., Serodiagnosis (Abderhalden) of cancer and pregnancy. Action of the protective ferments in cancer and pregnancy. New York med. Journ. 1913. Bd. 98. Nr. 26. S. 1249—1255. (Literatur, Technik und eigene Versuche mit wechselndem Resultate.)

11. — Abderhalden serodiagnosis of cancer. Journ. of the Amer. med. Assoc. Bd. 62. Nr. 8. 21. Febr. S. 599. Ref. Edinb. med. Journ. Bd. 12. Nr. 5. Mai. S. 440—442. (Verf. untersuchte 50 Fälle. Von sieben klinisch einwandfreien Karzinomen gaben alle sieben einen positiven Ausfall; von 28 suspekten Fällen reagierten 20 positiv; von 12 klinisch nicht malignen Tumoren ergaben nur vier gravide Frauen positive Resultate. — Technik. Besonderer Dialysierapparat.)

12. Bandler, S. W., Some observations on carcinoma of the uterus. Internat. Journ. of Surg. 1913. Nr. 5.

13. Barbet, P., et Perraudin, Le traitement palliatif du cancer par la quinine. Bull. gén. de thérap. 1913. Nr. 20. S. 766—778. Nr. 21. S. 803—814. (Empfehlung auf Grund der Anschauung, dass das Karzinom durch ein Protozoon hervorgerufen werde. Schmerzen, Blutungen, Ausflüsse und Allgemeinzustand werden günstig beeinflusst; inoperable Tumoren werden eventuell operabel; nach Radikaloperationen werden Rezidive verhütet. Empfohlen werden tägliche intramuskuläre Injektionen von 3—4 ccm Sol. chinin. hydrochloric. 1 : 10, die lange Zeit fortgesetzt werden müssen.)

14. Barwenka, K., Kombination von Mamma- und Uteruskarzinom. Wiener med. Wochenschr. Nr. 18. (Fall von einem primären multiplen Karzinom der Mamma und des Uterus: es bestand zuerst ein Mammakarzinom (medulläres Karzinom), dem nach der Radikaloperation — 19 Monate später — ein Karzinom des Corpus uteri (Zylinderzellenkrebs) folgte.)

15. Bashford, E. F., Fresh alarms on the increase of cancer. The Lancet. Nr. 4719. 7. Febr. S. 379—382. (In Amerika soll die Zahl der Todesfälle an Krebskrankheit von 37,2 zu 100000 im Jahre 1876, auf 80,5 zu 100000 im Jahre 1911 zugenommen haben. Damit stehen die Statistiken in England in krassem Widerspruch; dort hat die Krebskrankheit nicht zugenommen. Die amerikanischen Statistiken Hoffmanns sind falsch.)

16. Bégouin, P., Différenciation de l'origine de la douleur dans le cancer du col de l'utérus. Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux. Sitzg. vom 22. Mai. Ref. La Presse méd. Nr. 53. S. 516. (Auftreten des Schmerzes ist nicht immer Zeichen, dass die Neubildung bis ins Lig. latum fortgeschritten ist. Eine gleichzeitige Adnexentzündung kann die Ursache sein. Vortragender gibt Mittel an, die Schmerzen aus beiden Ursachen zu unterscheiden.)

17. Behla, R., Die Gesamtmortalität an Tuberkulose und Krebs in Preussen im Jahre 1913. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 14. S. 675. (Statistische Tabellen. Steigerung des Krebstodes gegen voriges Jahr um 697 Fälle. Um zu sehen, ob durch die neue Strahlenbehandlung eine günstige Wirkung hinsichtlich der Mortalität zu verzeichnen ist, hat Behla die Todesfälle speziell an „Gebärmutterkrebs", zunächst für die Grossstädte mit 100000 Einwohnern und darüber für das III. und IV. Vierteljahr des Jahres 1913 einmal gegenübergestellt. —Tabelle. — Das Ergebnis war 218 zu 234 Fällen, also 16 Fälle mehr!)

18. Benech, J., Le diagnostic du cancer par la séro-réaction d'Abderhalden. Prov. méd. Nr. 15. S. 160—162. (Nicht speziell gynäkologisch. Von den sicheren Krebsfällen geben 80% positive Reaktion. Die Methode gibt noch kein genügend sicheres Ergebnis, um in klinisch zweifelhaften Fällen darauf die Diagnose zu begründen.)

19. Benedict, A. L., Cancer statistics. Med. Rec. Bd. 85. Nr. 16. S. 707—710. (Krebstodesfälle in den Vereinigten Staaten im Jahre 1911. Es sind 5% aller Todesursachen als Krebs verzeichnet. Die Zahl ist bei Männern und Frauen gleich, wenn man bei letzteren die Genitalkarzinome ausser Betracht lässt. Die Zunahme der Häufigkeit der Krebserkrankungen ist wahrscheinlich nur scheinbar. — Wert solcher Statistiken.)

20. Berkeley, W. N., Results of three years' clinical work with a new anti-serum for cancer. Sect. of obst. and gyn. of the New York Acad. of Med. Sitzg. vom 24. März. Ref. The Amer. Journ. of obst. and dis. of women and children. Bd. 69. Nr. 438. Juni. S. 1060—1063. Als Original erschienen in Med. Record. Bd. 85. Nr. 17. S. 741—744. (Nicht speziell gynäkologisch. Bericht über weitere Erfahrungen mit einem neuen Antiserum gegen Krebs. Ausführung von Krankengeschichten.)

21. Bier, A., Demonstrationen zur Krebsfrage. Berl. Ges. f. Chir. Sitzg. vom 27. August. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 52. S. 2138—2139. (Im Anschluss an den Vortrag D. v. Hansemanns — cf. Nr. 113. — Nicht gynäkologischer Fall, der mit Injektionen von defibriniertem Schweineblut und Bestrahlung behandelt wurde. — Diskussion: Rotter glaubt, dass Spontanheilung von Karzinomen möglich ist.)

22. Blackstein, S., Über die Serodiagnostik des Karzinoms mittelst des Abderhaldenschen Dialysierverfahrens. Beitr. z. Geb. u. Gyn. Bd. 19. Heft 3. S. 406—434. (Bei Abwesenheit von Gravidität spricht der positive Ausfall der Karzinomreaktion mit ziemlicher Sicherheit für Krebs. Besonders auf die frühen Stadien kann man so aufmerksam werden; negativer Ausfall wird meist nur bei fortgeschrittenen Fällen gefunden. — Untersuchungsresultate an 91 Fällen.)

23. De Bloeme, P. L. J., S. P. Swart und A. J. L. Terwen, Der kolloidale Stickstoff des Harns und seine Bedeutung für die klinische Karzinomdiagnostik. 1. Mitteilung. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 31. S. 1718—1719. (Das ursprüngliche Salkowski-

Kojoverfahren ist für die klinische Karzinomdiagnostik nicht wohl verwendbar. Jedoch erfährt der adialysable Anteil des Niederschlages beim Karzinom eine deutliche Vermehrung.)

24. Blumenthal, N., und E. Fränkel, Untersuchungen mit der Meiostagminreaktion Ascoli und Isar). Münchn. med. Wochenschr. Nr. 39. S. 1996—1997. (1. Diagnostische Verwendbarkeit. Bei Sarkomen gar nicht; nur 30—45% richtige Resultate. Bei weiblichen Genitalkarzinomen nur schlecht; dagegen gut bei Krebsen des Magendarmtraktus. Im ganzen waren bei 106 klinisch sicheren Karzinomen aller Art 74,5% der Reaktionen positiv. 2. Theorie der Reaktion.)

25. Boldt, H. J., A case of reported adenocarcinoma cured by curetting. Sect. of obst. and gyn. of the New York Acad. of Med. Sitzg. vom 24. Jan. Ref. Med. Record. Bd. 85. Nr. 13. The Amer. Journ. of obst. and dis. of women and children. Bd. 69. Nr. 436. S. 702—709. (Unklarer Fall, bei dem 1913 eine von anderer Seite ausgeführte Abrasio die Diagnose Adenokarzinom ergab. Patientin wurde nicht operiert und blieb bisher gesund. — Da der Fall bei der Veröffentlichung erst drei Monate zurücklag, kann von „Heilung" nicht gesprochen werden. Drei Abbildungen von mikroskopischen Präparaten des ausgekratzten Materials. — Diskussion: W. H. W. Knipe und A. Stein teilen beide aus eigener Praxis Fälle mit, bei denen bei der Probecurettage Adenokarzinom gefunden wurde, aber im nachträglich exstirpierten Uterus sich nichts Malignes nachweisen liess.)

26. Bondy, O., Karzinom des Corpus uteri, eines Ovariums und der Flexur. Gyn. Ges. in Breslau. Sitzg. vom 16. Dez. 1913. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. Heft 3. S. 348—350. (Kasuistisch. Primär ist wahrscheinlich das Ovarialkarzinom.)

27. Bonney, V., Squamous-celled carcinoma of the cervix co-existent with an adenocarcinoma of the body of the uterus. Sect. of obst. and gyn. of the Royal Soc. of Med. Sitzg. vom 5. März. Ref. Proceed. of the Royal Soc. of Med. Bd. 7. Nr. 6. S. 227—228. The Lancet. Nr. 4726. 28. März. S. 892. (Ergibt sich aus der Überschrift.)

28. Bornstein, A., Die Abderhaldensche Abbaureaktion. Biol. Abt. d. ärztl. Ver. in Hamburg. Sitzg. vom 16. Dez. 1913. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 9. S. 502. (Schlechte Resultate mit der Karzinomdiagnose. Nur 40—50% richtige Resultate.)

29. Botin, F., Notas acerca del tratamiento quirurgico del cancer uterino. Rev. iberoamer. de Ciencias med. 1913. Nr. 19. Mai.

30. Bovee, J. W., A specimen of adenocarcinoma of the body of the uterus. Washington obst. and gyn. Soc. Sitzg. vom 14. Febr. 1913. Ref. The Amer. Journ. of obst. and dis. of women and childr. Bd. 69. Nr. 433. Jan. S. 158—159. (Demonstration des Präparates; ausführliche Krankengeschichte.)

31. Boveri, Th., Zur Frage der Entstehung maligner Tumoren. Jena, Gustav Fischer. (64 Seiten, 2 Abbildungen, 1,50 Mk.) Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 17. S. 865. (Verf. sucht die Entstehung maligner Tumoren aus der Beschaffenheit der Zellkerne abzuleiten. Er meint, es handle sich um einen Defekt der Kerne, um einen abnormen Chromosomenbestand, wie er durch pluripolare oder asymmetrische Mitosen zustande kommen könne. Dieser Defekt bedingt ein abnormes Wachstum der Zelle.)

32. Broun, Le Roy, Carcinoma of the uterus and the American society for the controll of cancer. New York med. Journ. 1913. Bd. 98. Nr. 23. S. 1105—1107. (Elementar gehaltener Artikel, für den Allgemeinpraktiker bestimmt, der die Aufklärung des Publikums nach dem Vorbilde Winters auch in Amerika befürwortet.)

33. — The significance of irregular uterine bleeding. Med. Record. Bd. 85. Nr. 4. S. 149 bis 152. (Da der Artikel vor allem für Allgemeinpraktiker und Hausärzte bestimmt ist, wird besonders auf die Gefahren und initialen Symptome des Uteruskarzinoms hingewiesen. Das Operabilitätsprozent des Uteruskarzinoms hat in den Vereinigten Staaten bisher 25% nicht überschritten.)

34. Bryan, W. A., The cancer problem. South. med. Journ. 1913. Bd. 6. Nr. 12. S. 770 bis 775. (Allgemeines über Prophylaxe und Förderung der Frühdiagnose durch Aufklärung des Publikums.)

35. Bucco, M., Sulla reazione meiostagminica nei tumori maligni e nella tubercolosi polmonare. Gazz. intern. di med.-chir.-ig., 1913. Nr. 49. S. 1155—1157. (Italienisch.) (Gute Resultate an 26 Fällen von bösartigen Geschwülsten, bei denen Verf. infolgedessen die Reaktion für klinisch brauchbar hält.)

36. Buist, R. C., and J. M. Valentine, Carcinoma in a double uterus (uterus septus bicollis with vagina duplex). Journ. of obst. and gyn. of the Brit. Emp. Bd. 25. Nr. 2. S. 88—90. (Ergibt sich aus der Überschrift. — 1 Abbildung auf 1 Tafel. — Literatur.)

37. **Bullock, W. E.**, The technique of Abderhaldens serum-reaction. The Lancet. Nr. 4743. 25. Juli. S. 225—227. (Untersuchungen an Karzinomratten. Die Resultate waren unsicher und wechselnd. Ausführliche Mitteilung der Technik, speziell der Ninhydrinreaktion.)

38. **Cancer research Fund**, Annual meeting of the Imperial — at Bloomsbury on July 21. Ref. The Brit. med. Journ. Nr. 2795. 25. Juli. S. 189—190. The Lancet. Nr. 4743. 25. Juli. S. 248—250. (Versuche mit der Abderhaldenschen Methode zeigten, dass man sich zu diagnostischen Zwecken auf sie nicht verlassen kann. — Die Zahl der Todesfälle an Karzinom nimmt im allgemeinen konstant zu; nur die Zahl der Uteruskrebsfälle wird seit 1902 geringer. — Heredität konnte beim Menschen nicht nachgewiesen werden. — Eine Untersuchung nach dem Existieren von „Karzinomhäusern" und „Karzinomgegenden" ergab vollkommen negatives Resultat.

39. **Can Dela y Pla, M.**, Chirurgische Behandlung des Uteruskarzinoms. La Prensa med. 1913. Bd. 4. Nr. 6. Crón. méd. Valencia. 1913. Nr. 578. S. 85—89. Nr. 578. S. 97—103 (Spanisch).

40. **Carles, J., et Lousteau**, Séro-diagnostic du cancer. Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux. Sitzg. vom 27. März. Ref. La Presse méd. Nr. 43. S. 417. (In 15 Fällen von histologisch sichergestelltem Karzinom fiel die Reaktion nach Abderhalden 14 mal positiv und einmal negativ aus. Bei einem ödematös-myxomatös degenerierten Myom war sie aber gleichfalls positiv. Vier anderweitige Erkrankungen ergaben negative Reaktion. Es wurde zur Verdeutlichung der Reaktion eine Modifikation nach Denigès benutzt — Essigsäure und Chloroformzusatz —. Diskussion: Brandeis macht verschiedene Einwände gegen den Wert der Reaktion.)

41. **Carr, W. P.**, A study of the cancer situation. Surg., Gyn. and Obst. 1913. Bd. 17. Nr. 4. S. 490—495. (Hypothese der Karzinomgenese. Jede Epithelzelle stehe in direkter nervöser Verbindung mit dem Zentralnervensystem bzw. dem Gehirn. Störungen in dieser nervösen Verbindung, wodurch die (nutritive) Kontrolle über die Epithelzellen aufhört, ebenso gewisse Giftstoffe können sehr wohl zur Umwandlung karzinomatöser Art der betreffenden Zellen bzw. Zellgruppen führen. Solche Störungen im Zentralnervensystem bzw. Gehirn brächte das heutige aufreibende Leben in viel höherem Masse mit sich, wodurch auch die Zunahme der Krebserkrankungen zwanglos sich erklären liesse — vorausgesetzt, dass die ganze Hypothese richtig ist.)

42. **Carstens, J. H.**, The necessity of constantly looking for cancer of the uterus. Amer. Assoc. of Obst. and Gyn. Sitzg. in Buffalo, 15.—17. Sept. Als Original erschienen in The Amer. Journ. of obst. and dis. of women and children. Bd. 70. Nr. 443. S. 689 bis 696. (Nach jeder Curettage soll das herausbeförderte Gewebe mikroskopisch untersucht werden. Zwei mikroskopische Abbildungen eines Falles. — Diskussion: Jacobson Barrett u. a.)

43. **Caufment, H.**, L'anurie dans le cancer de l'utérus: ses formes cliniques; son traitement. Thèse de Paris. 1913. Mai.

44. **Cheval, M.**, La photographie du col utérin. Soc. belge de gyn. et d'obst. Sitzg. vom 6. Juni. Als Original erschienen in Journ. belge de gyn. et d'obst. Nr. 7. S. 535—539. (Beschreibung und Abbildung des Apparates und zwei Aufnahmen auf zwei Tafeln.)

45. **Childe, C. P.**, Cancer, public authorities and the public. The Brit. med. Journ. Nr. 2777. 21. März. S. 643—645. (Aufklärung der Behörden und des Publikums über die ersten Symptome und die Bösartigkeit des Krebses gehören zur modernen Krebsbekämpfung. Unentgeltliche mikroskopische Untersuchungen sind erwünscht.)

46. **Clark, J. G., and F. E. Keene**, The relationship between the urinary-system and diseases of the female pelvic organs. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 18. Nr. 1. S 10—18. (Tumoren des Uterus oder karzinomatöse Drüsen können oft den Ureter komprimieren und eine lokale Stenose und proximale Dilatation desselben mit nachfolgender Ureteritis und Pyelitis verursachen. — Photogramme.)

47. **Cobb, F.**, Cancer of the uterus. The possibilities of cure by the radical abdominal operation. Certain original methods of operating. Including an analysis of 367 cases at the Massachusetts general hospital. Boston med. and surg. Journ. Bd. 170. Nr. 23. S. 861—868. Nr. 24. S. 910—914.

48. — Cancer of uterus. Possibilities of cure by radical abdominal operation. Boston med. and surg. Journ. Bd. 171. Nr. 20. S. 731. (Morbiditäts- und Mortalitätsvergleiche zwischen der erweiterten und der einfachen abdominalen Radikaloperation des Uteruskarzinoms. Die Statistiken mehrerer amerikanischer Operateure werden herangezogen. Dauerresultate. Verf. selbst hatte auf 34 Totalexstirpationen nach Wertheim eine

Primärmortalität von 14,3%; auf sieben Fälle von einfacher abdominaler Exstirpation wegen Korpuskarzinom keinen einzigen Todesfall.)

49. Cohn, Pathologie der Uteruskarzinome. Gyn. Rundschau. Nr. 4. S. 136. (Sammelreferat.)

50. Cohnreich, E., Klinische Bestimmungen der Erythrozytenresistenz besonders im Dienst der Krebsdiagnose. Diss. in. München. Jan.

51. Crile, G. W., Two-stage operation, especially in relation to treatment of cancer. Annals surg. Bd. 60. Nr. 57. (Empfehlung. Nicht speziell gynäkologisch.)

52. Croner, W., Über das gleichzeitige Vorkommen von Karzinom und Tuberkulose des Uterus. Dissert. in. Heidelberg. 1913 (O. Strauss, Heidelberg). (Zwei Fälle: 1. Plattenepithelkarzinom des Kollums, Tuberkulose des Myometriums; 2. Adenocarcinoma corporis, miliare Tuberkulose des Endo- und Myometriums. Die Wahrscheinlichkeit eines ätiologischen Zusammenhanges ist gross.)

53. Cytronberg, S., Zur Karzinomdiagnose mittelst des Abderhaldenschen Dialysierverfahrens. Dissert. in Berlin. Juli. Als Original erschienen i. d. Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 28. Heft 2. (Nicht speziell gynäkologisch. Mitteilung von 97 Krankengeschichten und ausführlichen Versuchsprotokollen. Bei 35 sicheren Karzinomfällen fanden sich 33 positive Reaktionen; bei 57 klinisch sicher karzinomfreien Fällen ergab sich 4 mal positiver Abbau von Karzinom. Verf. hält die Ver wertbarkeit der Reaktion wegen gewisser Fehlerquellen (vor allem der Hülsen) für beschränkt, die Richtigkeit des Prinzips scheint ihm aber unzweifelhaft.)

54. Czerwenka, K., Kombination von Mamma- und Uteruskarzinom. Wiener med. Wochenschr. Nr. 18. S. 950—955. (Kasuistischer Beitrag zur Klinik des multiplen, primären Karzinoms.)

55. Daels, F., Au sujet de l'action de l'électrosélénium colloidal sur les néoplasies malignes. Journ. Belge de gyn. et d'obst. Nr. 5. Mai. S. 353—368. (Tierversuche und Anwendung am Menschen in zwei inoperablen Uteruskrebsfällen und einem Rezidiv nach Wertheimscher Operation. Es wurde in jeder Beziehung eine, jedoch nur vorübergehende, Besserung erzielt. Empfehlung besonders in Kombination mit anderen — Strahlen — Behandlungsmethoden. Die Versuche und die Anwendungsmethode werden genau beschrieben.)

56. — Over de werking van electroselenium op boosaardige gezwellen. (Über die Wirkung von Elektroselenium auf bösartige Geschwülste.) Nederl. Maandschr. v. Verlosk., Vrouwenz. en Kindergeneesk. Nr. 10. S. 617—629. (Holländisch.) (Dieselbe Arbeit wie die in der vorigen Nummer referierten.)

57. Daniel, C., The diagnosis and treatment of inoperable cancer. Interstate med. Journ. 1913. Bd. 20. Nr. 11. S. 1001—1015. (Kritischer Übersichtsvortrag. Nichts Neues.)

58. — Les limites de l'opérabilité dans le cancer du col de l'utérus. Journ. de chir. de Bucarest. 1. Jahrg. 1913. Nr. 2/3. S. 80—101. Gaz. de gyn. Nr. 664. S. 49—58. Nr. 665. S. 65—75. (Nichts Neues.)

59. Dawydoff, G. A., Die Bedeutung der Kystoskopie zur Bestimmung der Operationsmöglichkeit bei Portiokarzinom. 1. Russ. Krebskongr. St. Petersburg. 31. März bis 3. April. Ref. Wratsch. Gaz. Bd. 21. Nr. 18. (Russisch.) (Auf Grund von 120 eigenen Fällen gibt Verf. an, dass bei normalem kystoskopischem Bilde die volle Garantie dafür gegeben ist, dass beim Ablösen der Blase keine Schwierigkeiten eintreten werden.)

60. Delbet, P., Weinberg et Patscheff, Pouvoir hémolytique et antitryptique du sérum chez les cancéreux et les malades non cancéreux. Assoc. franç. pour l'étude du cancer. Sitzg. vom 27. April. Ref. La Presse méd. Nr. 42. S. 407. (Untersuchungen an 60 Karzinomkranken. Erstere war in 57% der Fälle herabgesetzt, in 42% erhöht, aber beides nicht erheblich. Direkter Zusammenhang ist nicht nachzuweisen. Ebenso verhält sich das antitryptische Vermögen des Serums. Erhebliche Unterschiede wurden nur bei kachektischen Patienten gefunden, jedoch auch bei aus anderer Ursache Kachektischen. Abwesenheit der Reaktion lässt die Diagnose Karzinom nicht ausschliessen.)

61. Desgrez, L'urine des cancéreux. Assoc. franç. pour l'étude du cancer. Sitzg. vom 9. Mai. Ref. La Presse méd. Nr. 47. S. 454.

62. Dick, G. F., Ferments for carcinomatous protein in the blood in carcinoma. Journ. of infect. diseas. Bd. 14. Nr. 2. S. 242—245. (Der Nachweis dieser Fermente gelang. Die spaltende Kraft derselben unterschied sich nicht von der der Fermente des Blutserums normaler Personen. — Der Komplementgehalt des Blutserums Krebskranker war regelmässig höher als der normalen Serums.)

63. Dietz, L. E., Die Komplementablenkung beim Karzinom. Dissert. in. Freiburg i. Br. (Med. Ant. m. b. G., Berlin. Preis Mk. 1,—.)

64. Dinermann, E., Contribution à l'étude clinique et anatomo-pathologique de l'influence du cancer de l'utérus sur le système urinaire. Dissert. in. Genève 1913.

65. Drutmann, A., Über einen Fall von primärem Tubenkarzinom mit Übergreifen auf die Uterusschleimhaut. Dissert. in München 1913. (In der curettierten Schleimhaut einer 54jährigen Frau wurde eine Stelle von adenomatösem Bau gefunden, weshalb der Uterus mit Adnexen exstirpiert wurde. Dabei fand sich an der Einmündungsstelle der rechten Tube ein erbsengrosses, erweichtes Knötchen, das sich bei der histologischen Untersuchung als Adenoma malignum herausstellte. Die Korpushöhle war frei von Karzinom.)

66. Ducor, Du carbure de calcium dans le cancer utérin. Journ. de méd. de Paris. Nr. 15. S. 293—294. (Unter Abdeckung der gesunden Partien wird das Kalziumkarbid von der Vagina aus auf das inoperable Karzinom appliziert. Es wird dem Gewebe Wasser entzogen und es entsteht dabei Kalk in statu nascendi, der eine oberflächlich verschorfende und trocknende Wirkung ausübt. Blutung und Jauchung sistieren. — Erfolg an einem eigenen Fall seit drei Jahren.)

67. Duker, P. G. J., Eigenschappen der kankercel. (Eigenschaften der Karzinomzelle.) Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. II. Hälfte. Nr. 12. S. 735—741. (Holländisch.) (Verf. hat nach einer Methode von Pappenheim, die es ermöglicht, an Zellen festzustellen, ob sie mehr oder weniger unreif und mehr oder weniger differenziert sind, die histologischen Bilder verschiedener Karzinome mit denen des normalen Epithels, von dem sie ausgegangen, verglichen. In dem Resultat seiner Untersuchungen findet sich keine Stütze für die Richtigkeit der Karzinomentstehungstheorien von Cohnheim, Hegar, von Hansemann und Rössle.)

68. Dürst, G., Über einen Fall von Karzinom in der Laparotomienarbe nach Totalexstirpation. Dissert. in. München. Juli.

69. Eden, T. Watts, Endocervical cancer with distension of the corpus uteri and extensive thinning of its wall. Proc. of the royal Soc. of Med. 1913. Bd. 6. Nr. 4. S. 101.

70. Edzard, D. L., Über die Komplementablenkung beim Karzinom. Dissert. in. Freiburg i. Br. April.

71. Egli, F., Über Multiplizität der Geschwülste. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte. Bd. 44. Nr. 15. S. 449—462. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 19. S. 1082. (Unter 966 Tumorsektionen des Baseler pathologischen Instituts in den letzten sieben Jahren waren 263 primäre multiple Tumorfälle. Es soll eine besondere Neigung der Individuen zu Geschwulstbildung bestehen; die Kombination ist aber eine zufällige. Von Wichtigkeit ist speziell die völlig gleichartige Kombination von gut- und bösartigen Tumoren.)

72. Engel, C. S., Lässt sich die Zahl der Krebstodesfälle mit den bisherigen Hilfsmitteln herabdrücken? Med. Klinik. 1913. Nr. 45. S. 1856. (Verminderung der Todesfälle lässt sich nur erhoffen von einer Verminderung der fortgeschrittenen Fälle. — Ausbildung und Fortbildung der Ärzte und Hebammen auf dem Gebiete der Krebserkennung.)

72a. Ernst, Demonstration eines karzinomatösen Uterus nach Wertheim entfernt von einer 23jährigen Frau. Ges. f. Gyn. u. Obst. Kopenhagen. Ref. Ugeskr. f. Laeger. S. 1884. (O. Horn.)

73. Erpicum, R., Le séro-diagnostic du cancer. La Presse méd. Nr. 7. S. 68—71. (Nach einer kurzen Übersicht der früheren Methoden: Freund-Kaminer, Meiostagminreaktion, Brieger und v. Dungern, wird ausführlich das Prinzip und die Technik der Abderhaldenschen Reaktion beim Karzinom mitgeteilt, mit der 51 Untersuchungen vorgenommen wurden. In 50 Fällen stimmte die Reaktion mit den späteren anatomischen Befunden. — Tabelle und mehrere Krankengeschichten.)

74. Espreáfico, M., und S. Patino, Vorteile frühzeitiger Diagnose bei malignen Neubildungen des Uterus. Rev. méd. de Sevilla. Bd. 62. Nr. 2. S. 49—50. (Spanisch.)

75. Esquerda, A., El tratamiento del cancer del utero. La Prensa med. Jan. S. 10. Crón. méd. 1913. Nr. 586. S. 189—191. (Spanisch.) (Allgemeines; nichts Neues. Zieht die abdominale Totalexstirpation der vaginalen vor.)

76. Estes, W. L., Transmutation of tumors. Pennsylvania med. Journ. 1913. Nr. 3. S. 219—221. (Verf. glaubt an irgendwelche Umwandlungsmöglichkeit von Karzinom in Sarkom und umgekehrt und will Störungen in den innersekretorischen Organen, speziell der Hypophyse dafür verantwortlich machen.)

77. **Fasiani**, G. M., Über die Abderhaldensche Fermentreaktion bei Karzinom. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 11. S. 267—269. Ref. Edinb. med. Journ. Bd. 12. Nr. 5. S. 440 bis 442. (96% positive Reaktionen mit dem Serum von Karzinomkranken, 65% negative mit dem von karzinomfreien Individuen. Die Abderhaldensche Reaktion bei Karzinom fällt in fast allen Fällen positiv aus. Ihre Spezifizität stellt sich aber zuweilen nicht klar heraus, weil im Substrat von nicht-spezifischen Seren zersetzbare Substanzen zurückgeblieben sind.)

78. **Faure**, J. L., La guérison du cancer de l'utérus. La Presse méd. Nr. 35. S. 331—332. (Empfehlung der abdominalen Totalexstirpation für alle Fälle, in denen die Gebärmutter noch beweglich ist. Die nachträgliche Bestrahlung erhöht noch den Heilungsprozentsatz. In seiner Pivartpraxis hat Faure in 20 Jahren 70% der Cervixkarzinome heilen sehen.)

79. **Fetzer**, M., Wesen und Bedeutung der Abderhaldenschen Reaktion, insbesondere in der Geburtshilfe und Gynäkologie. Ver. f. wiss. Heilk. in Königsberg i. Pr. Sitzg. vom 26. Jan. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 16. S. 826. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 18. S. 855. (In fünf Fällen von Uteruskarzinom und entzündlichen Adnextumoren war die Reaktion mit Plazenta viermal negativ, einmal positiv. Eine unspezifische Reaktion bei Karzinom ist denkbar in Fällen, wo der Organismus mit plasmafremdem Material überschwemmt wird und steht im Einklang mit Tierexperimenten, in denen künstlich und plötzlich viel plasmafremdes Material in die Blutbahn gebracht wurde. Vortragender hat dann in den meisten Fällen gleichzeitig auch Reaktionen gegen Leber-, Muskel- und Nierengewebe angestellt und dabei niemals ein positives Resultat erhalten. Im Rahmen der Untersuchungen hat sich die Abderhaldensche Reaktion als durchaus spezifisch erwiesen.)

79a. **Fibiger**, J., Weitere Untersuchungen über das Spiropterakarzinom der Ratte. Hospitalstidende. Nr. 34 u. 35. (Dänisch.) Ref. Münchn. med. Wochenschr. 1915. Nr. 12. S. 406.

80. **Fichera**, G., Ausbau der Theorie des onkogenen Gleichgewichtsmangels und der histogenen Chemotherapie zur Entstehung und Behandlung der bösartigen Geschwülste. Zeitschr. f. Krebsforsch. Bd. 14. Heft 1. S. 46—56. (Früher italienisch erschienen in Tumori. 1913. Bd. 3. Nr. 1. S. 124—143. Nicht speziell gynäkologisch. Verf. sieht als Grundlage der Geschwulstgenese eine Disharmonie, eine Störung der chemischen und morphologischen Beziehungen der Gewebe an und sucht die Geschwülste zu heilen durch Beseitigung dieser Disharmonie mit Hilfe von Autolysaten, einer von der sogenannten Vakzination zu unterscheidenden Methode. Er nimmt das Prioritätsrecht dieser Methode in Anspruch.)

81. **Fiessinger**, Ch., La réaction d'Abderhalden dans le diagnostic du cancer, notamment dans le cancer des voies digestives. Soc. méd. d. hôp. de Paris. Sitzg. v. 5. Juni. Ref. La sem. méd. Nr. 23. S. 273. (Bei sicheren Karzinomen 61,2% positive, 38,7% negative Reaktionen; bei sicher nicht-karzinomatösen Erkrankungen 32,2% positive und 67,7% negative Reaktionen. Die Methode gibt keine genügende Sicherheit, um eine zweifelhafte Diagnose sicherzustellen. — Diskussion: Siredey hat bei den unter seiner Leitung angestellten Untersuchungen noch schlechtere Resultate bekommen wie Fiessinger. Boidin hatte unter neun sicher Karzinomkranken nur sechsmal eine positive Reaktion.)

82. **Fischer-Defoy**, Der Krebs. Fortschr. d. Med. Nr. 4. S. 100—108. (Sammelbericht.)

83. **Fitz Gibbon**, G., Uterus with malignant adenoma. Sect. of Obst. of the Royal Acad. of Med. in Ireland. Sitzg. vom 30. Okt. Ref. The Brit. med. Journ. Nr. 2812. 21. Nov. S. 879. The Lancet. Nr. 4761. 24. Nov. S. 1252. (Operationspräparat von einer unverheirateten 60jährigen Frau. Die Wucherung hat die ganze, dicke Uteruswand durchsetzt und nur stellenweise ist noch eine Demarkationslinie als Überbleibsel der früheren Myomkapsel zu erkennen. Die Cervix war frei. — Ferner zeigte Vortragender das ähnliche Präparat eines nichtmalignen Adenoms einer 28jährigen Frau (cf. „Sonstiges", Nr. 3). — Diskussion: Smyly und Rowlette.)

84. **Floercken**, H., Über operationslose Geschwulstbehandlung. Reichs-Med. Anz. Nr. 6. S. 161—168. Nr. 7. S. 197—200. (Nicht speziell gynäkologisch. Übersicht.)

85. **Forgue**, E., Un programme de lutte contre le cancer de l'utérus. La Presse méd. Nr. 35. S. 329—331. (Belehrung der Ärzte und Hebammen nach den Vorschlägen Winters. Zur Information des Publikums empfiehlt er ein von der Obstetrical Society in New York herausgegebenes Merkblatt. Auch wird den Frauen der Gebrauch der

Blutungskurven nach de Seigneux angeraten, durch die sie auf Unregelmässigkeiten in der Menstruation aufmerksam werden.)

86. Franco, P. M., L'utilita dell' esame cistoscopico nel cancro dell collo dell' utero. Arch. ital. di Gin. 1913. Nr. 5. S. 131—132.

87. Fränkel, E., Über Spezifität und Wesen der Abderhaldenschen Abwehrfermente. Wiener klin. Rundschau. 1913. Nr. 38. (Resümee über die Erfahrungen mit der Abderhaldenschen Reaktion am Institut für Krebsforschung zu Heidelberg mit der Schlussfolgerung, dass bei der augenblicklichen Methodik eine spezifische Fermentwirkung nicht vorliegt.)

88. — Über die Verwendung der Abderhaldenschen Reaktion bei Karzinom und Tuberkulose. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 8. S. 356—358. (Sammelreferat. Unsichere Resultate, die auf Grund eigener Erfahrungen nicht nur technischen Fehlern der Methode zur Last gelegt werden dürfen.)

89. — Weitere Untersuchungen mit der Abderhaldenschen Reaktion bei Karzinom und Tuberkulose. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 12. S. 589—590. (Mit Karzinomsubstrat wurden 129 Sera angesetzt. Unter den untersuchten Fällen waren von 40 klinisch, histologisch oder autoptisch sicheren Karzinomen 13, von 12 zweifelhaften 7 positiv. Von 77 anderen Fällen reagierten im ganzen 21 positiv, darunter 8 von 21 Graviden, 3 von 16 Sarkomen usw. Mit Sarkomgewebe wurden 62 Sera geprüft. Von 9 Sarkomen reagierten 5 positiv, von 53 anderen Fällen 11 Karzinome, 7 Gravide usw. Die Untersuchungen haben also weder bei Karzinom noch bei Sarkom (und Tuberkulose) bis jetzt klinisch und diagnostisch brauchbare Resultate ergeben.)

90. Frankl, O., Pathologische Anatomie und Histologie der weiblichen Genitalorgane. Bd. 2 des Liepmannschen kurzgefassten Handbuches der gesamten Frauenheilkunde. Leipzig, Vogel. (302 Seiten, 113 Abbildungen im Text und 34 farbigen Tafeln.)

91. Franz, K., Ureterverletzung bei der abdominalen Operation. Ges. f. Geb. u. Gyn. in Berlin. Sitzg. vom 10. Juli. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 40. S. 1829. (Die Methode der Invagination führte zu einem vollen Erfolge. Der Ureter lässt sich an der verletzten Stelle jetzt glatt mit einem Ureterkatheter passieren.)

92. Franz, K., Operative Behandlung des Uteruskarzinoms. In: Eine Woche Bauchchirurgie. Düsseldorf, Schmitz u. Olbertz. S. 75.

93. Freund, E., und G. Kaminer, Über Beziehungen sterischer Atomgruppierung zum Karzinom. K. k. Ges. d. Ärzte in Wien. Sitzg. vom 13. Febr. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 10. S. 570. Wiener med. Wochenschr. Nr. 10. S. 386. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 14. S. 674. La sem. méd. Nr. 7. S. 84. Als Original erschienen i. d. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 14. S. 357—358. (Während von den vier existierenden Brenzweinsäuren zwei inaktiv sind, wirken ihre isomeren, die Malonsäurestruktur zeigen, zellzerstörend. Ebenso ist die Fumarsäure resp. Methyl-Fumarsäure inaktiv, während die isomere Malleinsäure und die isomere Methyl-Malleinsäure zellzerstörend wirkt. Die zellschutzgebenden Säuren verleihen bei Zusatz von normalem Serum diesem die Reaktionen eines Karzinomserums und bei Zusatz zu einer 0,1%igen Dextrinlösung in 0,6% ClNa dieser die Eigenschaften, die ein Karzinomextrakt zeigt. Es erscheint dadurch die schädigende Wirkung der aus dem Darminhalte Karzinomkranker dargestellten, spezifisch wirkenden „Darmsäure" auf eine bestimmte sterische Stellung der COOH-Gruppen zu C-Atomen zurückgeführt.)

94. Friedenthal, H., Die Bekämpfung der bösartigen Geschwülste auf der Grundlage der Wachstumsphysiologie. Berl. physiol. Ges. Sitzg. vom 26. Juni. Ref. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 29. S. 1383—1384. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 52. S. 2137. (Nicht gynäkologisch. — Sauerstoffentziehung schädigt die Geschwulstbildung. Es handelt sich aber anscheinend nur um theoretische Erörterungen.)

95. Frigyesi, J., Der heutige Stand der Therapie des Uteruskrebses. Orvosi Hetilap. Nr. 9. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 11. S. 571.

96. — Uteruskarzinompräparat vier Monate nach Ligatur der Art. hypogastrica. Ungar. Ärzteverein in Budapest. Sitzg. vom 10. Febr. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 22. S. 817 bis 819. (Patientin, eine 52jährige Frau, war vier Monate nach der Operation, die Verf. in Grenzfällen, die sich während der Laparotomie als inoperabel erweisen, ausführt, unter urämischen Erscheinungen plötzlich ad exitum gekommen. Zahlreiche Gefässe im Parametrium sind zum Teil hyalin degeneriert und mit Karzinomzellen ausgefüllt. — Diskussion: Mansfeld, Bársony üben dieses Verfahren in allen Grenzfällen; die Kranken erholen sich bald. Doch zirka jeder dritte Fall wird nach vier- bis fünftägigem Wohlbefinden plötzlich ungünstig, der Puls wird frequent und die

Kranke stirbt an Herzsymptomen. Vortragender glaubt an Autointoxikation des vom frischen Blute abgesperrten Organes als Todesursache. Tóth versuchte die Operation erfolglos in einem inoperablen Falle zur Stillung der heftigen Blutungen. Das Präparat zeigte starke Anastomosen von allen Seiten. Kubinyi stimmt dem bei.)

97. Fritsch, K., Bewertung der Abderhaldenschen Karzinomreaktion. 43. Kongr. d. Deutsch. Ges. f. Chir. 15.—18. April in Berlin. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 18. S. 935. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 18. S. 867. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 20. S. 1148. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 21. S. 736. Wiener med. Wochenschr. Nr. 24. S. 1346. La Sem. méd. Nr. 17. S. 201. La Presse méd. Nr. 49. S. 472. Als Original erschienen im Arch. f. klin. Chir. Bd. 105. Heft 2. (Wenn die Ausführung der Reaktion im Laboratorium schon auf grosse Schwierigkeiten stösst und es fast unmöglich erscheint, alle Fehlerquellen auszuschliessen, so ist ihre Einführung in die allgemeine Praxis zurzeit noch ganz unmöglich. — Diskussion: Heymann ist derselben Meinung.)

98. Gemmell, J. E., Specimen of adeno-carcinoma of the uterus. North of England obst. and gyn. Soc. Sitzg. in Liverpool am 16. Okt. Ref. The Brit. med. Journ. Nr. 2812. 21. Nov. S. 881. (Stammt von 52jähriger Patientin mit Leibschmerzen und leichter Absonderung aus der Scheide.)

99. Göbel, F., Über Carcinoma corporis uteri mit spezieller Berücksichtigung seiner Kombination mit Myomatosis uteri. Dissert. in. Würzburg. Juli.

100. Gordon, W., The value of the cardiac sign in cancer. Fifty consecutive diagnoses with 6 per cent of error. The Lancet. Nr. 3. S. 161—164. (Nicht speziell gynäkologisch. Beim Karzinom soll die Herzdämpfung beim Liegen kleiner sein wie im Stehen.)

101. Grad, H., Suspected carcinoma of the body of the uterus in a nineteen-year-old girl. Sect. of obst. and gyn. of the New York acad. of med. Sitzg. vom 24. Febr. Ref. Med. Record. Bd. 85. Nr. 14. Amer. Journ. of obst. and dis. of women and children. Bd. 69. Nr. 5. S. 859—860. (Unter der Diagnose: submuköser Polyp wird das Cavum uteri nach Hysterotomie eröffnet, weiche zottige Massen werden mit der Curette entfernt und ein zystischer Ovarientumor wird exstirpiert. Die histologische Diagnose ergab Carcinoma corporis. Patientin menstruierte drei Monate nach der Operation nicht. Grad erhofft von der Abrasio einen Dauererfolg.)

102. Graef, W., Trauma und Tumor. Zentralbl. f. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. 1913. Nr. 6. S. 603—637. (Zusammenfassende Übersicht. Trauma ist als Entstehungsursache von Geschwülsten stets mit grösster Skepsis zu betrachten.)

103. Green, C. E., The cancer problem: a statistical study. Edinb. u. London. Wm. Green and Sons. 3. Aufl. 98 Seiten, illustriert. Preis 5 Shilling. Ref. The Brit. med. Journ. Nr. 2781. 18. April. S. 866. (Verf. sucht Zusammenhang zwischen der Verwendung stark schwefelhaltiger Kohle und Brennmaterialien und das Vorkommen von Karzinom beim Menschen.)

104. Green, R. M., and F. C. W. Konrad, Treatment of uterine carcinoma with cancerous ascitic fluid. Boston med. and surg. Journ. Bd. 170. Nr. 10. S. 352—354. Ref. Brit. med. Journ. Nr. 2785. 16. Mai. Ep. of curr. med. litt. S. 79. (Mit der Aszitesflüssigkeit eines inoperablen Karzinomfalles wurde diese Patientin selbst und fünf andere, die gleichfalls an inoperablem Gebärmutterkrebs litten, vier Monate lang gespritzt. Der Erfolg war nur sehr gering und Besserung liess sich nur in zwei Fällen feststellen. Auf die Neubildung übte die Injektion keinen Einfluss aus.)

105. Griffith, F. Webb, A discussion of cancer of the uterus. Intern. Journ. of surg. 1913. Nr. 12. S. 434—438. (Allgemeines. Nichts Neues.)

106. Guthrie, J. A., Cancer. New York med. Journ. 1913. Bd. 98. Nr. 23. S. 1116—1117. (Ursache des Krebses soll eine Störung in der Atomgruppierung der Moleküle sein.)

107. Gutierrez y-Gonzalez, E., Tratamiento del cancer uterino. Rev. ibero-americana de ciencias med. 1913. Bd. 29. Nr. 106.

108. H. F., Seventeen cases of „cancer" incidence. The Brit. med. Journ. Nr. 2772. 14. Febr. S. 368. (17 Fälle unter den Bewohnern einer vier Meilen langen Strasse innerhalb fünf Jahren.)

109. Haendly, P., Ausbreitung und Metastasierung von Uterus- und Ovarialkarzinom. Berl. Ges. f. Geb. u. Gyn. Sitzg. vom 24. April. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 30. S. 1545. (Mitteilung der Operations- und Sektionsbefunde der im letzten Jahre in der Universitäts-Frauenklinik beobachteten und behandelten Fälle. Die Resultate bewegen sich im Rahmen der bisherigen Beobachtungen.)

110. Haendly, P., Demonstration eines alveolaren Korpuskarzinoms. Gyn. Ges. zu Berlin. Sitzg. v. 13. Febr. Ref. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 12. S. 571. (55jährige Frau. Daneben Adnexkarzinom, das nicht die Zottenbildung des Korpuskarzinoms zeigt. Es scheint also nicht gleichen Ursprungs zu sein.)

111. Haim, E., Verhütung der allgemeinen Peritonitis bei Operationen im kleinen Becken, insbesondere bei der erweiterten abdominellen Totalexstirpation des Uterus wegen Karzinom. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 13. S. 471—474. (Technisches. Wird im Kapitel „Gynäkologische Operationslehre" referiert.)

112. v. Hansemann, D., Über das Vorkommen von Geschwülsten in den Tropen. Zeitschr. f. Krebsforsch. Bd. 14. Heft 1. (Nicht speziell gynäkologisch. Die Geschwulstbildung, speziell die bösartige, wird weder durch geographische noch durch Rassenbedingungen beeinflusst. Die einzige Ausnahme bilden die Fibrome, die unter einem ganz ausgesprochenen Einfluss der Rasseneigentümlichkeiten stehen. Es kommt in den Kolonien keine Geschwulstart zur Beobachtung, die in Europa unbekannt wäre und umgekehrt kommt in Europa keine Geschwulst vor, die bei den Eingeborenen fehlt. Malaria und Krebs schliessen sich gegenseitig nicht aus. Karzinome, die von der Epidermis ausgingen, wiesen keine Pigmentierung auf, so dass die Fähigkeit, Pigment zu bilden, in den Krebsgeschwülsten verloren geht.)

113. — Über Krebsprobleme. Berl. Ges. f. Chir. Sitzg. vom 27. Juli. Als Original erschienen i. d. Deutschen med. Wochenschr. Nr. 38. S. 1753—1756. (Aus dem Studium der Mäusekarzinome sind für die Praxis beim Menschen keinerlei Erfolge zu erwarten, da beide Erkrankungen ganz verschiedener Art sind. Die Entdeckung Fibigers wird erst auf den richtigen Weg führen. — Schwierigkeiten der mikroskopischen Diagnose des Krebses; Einfluss derselben auf die Beurteilung der Erfolge der Krebsbehandlung. Nur bei solchen Erkrankungen, die auch dann und wann spontan heilen, lassen sich von internen Mitteln Erfolge erhoffen. Echte Krebse gehören nicht dazu; sie heilen nie von selbst. — Im Anschluss an diesen Vortrag hält A. Bier eine Demonstration zur Krebsfrage. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 52. S. 2138—2139, cf. Nr. 21.)

114. Hanser, R., Über Krebstheorien. Antrittsvorlesung in Rostock. 1913. (25 Seiten; Preis Mk. 0,60.)

115. Hara, K., Über Komplementbindungsreaktion bei malignen Tumoren mit chemischen Substanzen. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 10. S. 484—486. (Auf Veranlassung von v. Dungern wurden eine grosse Anzahl chemischer Substanzen an Stelle des Extraktes zur Tumorreaktion verwandt, unter denen sich Maltose und Phenolphthalein für die Komplementablenkungsreaktion am geeignetsten erwiesen. Diese sind als Ersatzmittel des Blutextraktes durchaus brauchbar, wenn sie auch keine absolute Übereinstimmung aufweisen. Maltose ist noch etwas spezifischer als Phenolphthalein. — Technik der Methode.)

116. — Zur Serodiagnostik der malignen Geschwülste. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 25. S. 1258—1259. (Fortsetzung einer Arbeit in derselben Zeitschrift 1913, Nr. 52 — cf. Jahrgang 26 dieses Jahresberichtes, Kapitel „Karzinome", Nr. 150 — in der die weiteren Resultate der Untersuchungen mittelst Meiostagminreaktion nach Ascoli und Izar und der Komplementbindungsreaktion nach v. Dungern bei malignen Geschwülsten mitgeteilt werden. Es wurden 34 Sera von Tumorkranken untersucht. Die Meiostagminreaktion (Technik!) mit Kochsalzlösung ergab in 24, mit Zuckerlösung in 27 Fällen und die Komplementbindung in 29 Fällen positives Resultat (Tabelle!). Die Resultate der Meiostagmin- und die der Komplementbindungsreaktion decken sich nicht. Man kann eher sagen, dass sie sich ergänzen. Verf. kommt zum Schluss, dass die Meiostagminreaktion für die Serodiagnostik der malignen Geschwülste recht brauchbar ist, besonders wenn isotonische Traubenzuckerlösung zur Verdünnung des Serums angewandt wird. Die Komplementbindungsreaktion ist noch etwas spezifischer als die Meiostagminreaktion.)

117. — Untersuchungen über das Wesen der Komplementbindungsreaktion des Serums von Tumorkranken. Beitr. z. Klinik d. Infektionskrankh. u. z. Immunitätsforsch. (Erweiterte Nachprüfung der Versuche Romingers; die verschiedenen Komplementbindungsreaktionen können imitiert werden, wenn man Normalserum mit gewissen Substanzen versetzt (Maltose-Phenolphthalein).

118. Hedinger, E., O. v. Herff, H. Hunziker, F. de Quervain und R. Stähelin, Die Krebskrankheit und ihre Bekämpfung. Fünf Vorträge. Basel, Verlag von Kober (F. Spittlers Nachf.). (112 Seiten. Preis Mk. 1,50.)

119. Heimann, F., Über den Wert der Antitrypsinbestimmung in der Gynäkologie und Geburtshilfe. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. Heft 6. S. 768—772. (Bei Karzinomkranken ist die Reaktion fast immer positiv, ebenso bei Fieber und manchmal auch bei anderen gynäkologischen Erkrankungen. Es kann diese Reaktion also nur eine unterstützende Rolle für die Diagnosenstellung spielen und ist für die Praxis nicht brauchbar.)

120. — und K. Fritsch, Zur Frühdiagnose des Karzinoms vermittelst der Abderhaldenschen Fermentreaktion. Med. Sekt. d. Schles. Ges. f. vaterl. Kultur zu Breslau. Sitzg. vom 16. Jan. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 14. S. 730. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 12. S. 572. Als Original erschienen in Arch. f. klin. Chir. Bd. 103. Heft 3. S. 659 bis 671. (Die Abderhaldensche Reaktion ist zurzeit noch nicht praktisch verwertbar; die Technik ist zu schwierig, die Fehlerquellen sind zu zahlreich. Nur in einer noch früheren Frühdiagnose und damit einer besseren Prognose des Karzinoms sehen die Verff. die grosse Zukunft der Abderhaldenschen Reaktion. — Eigene Erfahrung an 34 Fällen.)

121. Heinemann, C., Zur Frage der karzinomatösen Implantationsmetastase im Uterus. Kasuistischer Beitrag. Virchows Arch. Bd. 215. Heft 3. S. 462—473. (In einem Falle von gleichzeitigem Magen- und Portiokarzinom gelangt der Verf. zu dem Schluss, dass zunächst vom Magen aus eine Implantationsmetastase auf das Peritoneum des Douglas zustande kam und dass von da aus ein Einwuchern in die Parametrien, in die Wand des Corpus uteri und der Cervix stattfand, wo durch lokale stärkere Weiterentwicklung das Portiokarzinom entstand. Danach ist das Peritoneum nicht, wie man angenommen hatte, eine ungünstige Entwicklungsstätte für das Karzinom.)

122. Henke, Fr., Zur Frage der Malignität der Mäusekarzinome. Arb. a. d. Geb. d. path. Anat. u. Bakt. Bd. 9. Heft 1. S. 137—143. (Nicht gynäkologisch.)

123. — und B. Schwarz, Übertragung von Mäusekarzinomen durch filtriertes Ausgangsmaterial. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 6. S. 267—268. (Nicht gynäkologisch.)

124. Heuner, K., Kasuistischer Beitrag zur Lehre vom Uteruskarzinom. Dissert. in. Erlangen. Jan.

125. Hillger, H., Über die Leukozytenresistenz beim Karzinomkranken. Dissert. in. Freiburg i. Br. Sept.

126. Hinrichs, G., Über eine neue Methode zur Diagnose der bösartigen Geschwülste. Dissert. in. Jena. August.

127. van der Hoeven, P. C. T., Moet de behandeling van het uteruscarcinoom gewijzigd worden?) (Soll die Behandlung des Uteruskarzinoms geändert werden?) Nederl. Maandschr. v. Verlosk., Vrouwenz. en Kindergeneesk. Nr. 6. S. 362—366. (Holländisch.) (Geschichtliche Übersicht der operativen Behandlung mit Angabe der Mortalitäts- und Operabilitätsprozente, speziell auch der holländischen Frauenkliniken. Ablehnung der Radiumbehandlung, Empfehlung der Röntgenbestrahlung, ohne eigene Erfahrungen. Nichts Eigenes. Eine Antwort auf obige Frage gibt die Arbeit nicht.)

128. Hoffman, F. L., The cancer mortality of greater New York. New York med. Journ. 1913. Bd. 98. Nr. 25. S. 1217—1218. (Statistisches.)

129. Hölder, H., Zur Verwendung von kolloidem Selen bei der Behandlung maligner Tumoren. Strahlentherapie. Bd. 5. Heft 1. S. 122.

130. Holtz, G., Über das Karzinom in jugendlichem Alter mit besonderer Berücksichtigung des Ovarialkarzinoms. Diss. in. März. Greifswald.

131. Hopmann, F. W., Über den erhöhten Eiweissepitheldruck bei bösartigen Geschwülsten. Zeitschr. f. Krebsforsch. Bd. 14. Heft 1. S. 84—93. (Eine Erhöhung des Druckes des Nahrungseiweisses auf das Epithel soll die Ursache für die Entstehung bösartiger Geschwülste abgeben. Prophylaktisch und therapeutisch ist eine Herabsetzung der Eiweisszufuhr bis auf jene Grenze, bei welcher der Epitheldruck ungefähr normal wird, anzustreben.)

132. Izar, G., Über die Natur der Meiostagminreaktion bei bösartigen Geschwülsten. Zeitschrift f. Immunitätsforsch. u. exp. Ther. Orig.-Bd. 21. Heft 1/5. S. 301—308. (Durch den Befund von Micheli und Cattoretti, dass Pankreasextrakt sich wie Tumorextrakte zur Reaktion eignen, ist der Auffassung der Meiostagminreaktion als Immunreaktion jeder Boden entzogen.)

133. — und P. Ferro, Nota 3. Sugli antigeni per la reazione meiostagmica nei tumori maligni. Esteri della mannite. Tumori. Bd. 3. Nr. 5. S. 597—598. (Italienisch.)

134. — — Nota 4. Antigeni sintetici per la reazione meiostagmica nei tumori maligni. Esteri della colesterina. Tumori. Bd. 3. Nr. 5. S. 599—600. (Italienisch.)

135. Jansen, V. H., Myom und Korpuskarzinom am Uterus. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. Heft 2. S. 207—229. Petersburger med. Zeitschr. Nr. 9. S. 111—114. (Russisch.) (Weder eine Endometritis glandularis noch eine Hyperplasia mucosae glandularis werden vom Myom hervorgerufen. Sie können daher auch nicht zur Erklärung des inneren Zusammenhanges zwischen Myom und Korpuskarzinom herangezogen werden. Die Hyperämie der Mucosa uteri myomatosi ist eine fast konstant anzutreffende Erscheinung und ist das einzige uns bekannte Moment, das wir als einen die Entstehung des Korpuskarzinoms begünstigenden Vorgang auffassen können; begünstigt wird sie, wie angeführte statistische Zahlen beweisen, zweifellos vom Myom. Im eigenen Material des Verf. kamen auf insgesamt 458 Fälle von Myom, von denen 306 operiert wurden, 13 Fälle von Korpuskarzinom, d. h. 2,8% aller, 4,25% der operierten Fälle.)

136. Jayle, F., L'opothérapie hypophysaire en gynécologie; ses résultats immédiats. Presse méd. Nr. 26. S. 245—246. (Erstaunlicher Erfolg bei einem inoperablen Karzinom: Aufhören der Blutung und Jauchung, Besserung der Schmerzen, Kräftigung des Allgemeinbefindens. Der Lokalzustand ändert sich jedoch nicht.)

137. Joltrain, E., et Poggen Paul, Pouvoir antitryptique du sérum chez les cancéreux et dans les maladies infectieuses aiguës (typhoïde, pneumonie). Assoc. franç. pour l'étude du cancer. Sitzg. vom 27. April. Ref. La Presse méd. Nr. 42. S. 408. (Verfahren nach Stévenin: fehlende milchkoagulierende Wirkung eines Gemisches von Trypsin und antitryptisches Serum, ist jetzt das beste. Das antitryptische Vermögen des Serums ist bei Karzinomen des Verdauungstraktus stark erhöht, unabhängig von der Kachexie. Bei Krebsen anderer Organe kann es sogar herabgesetzt sein. Gleichzeitig soll auch immer die Reaktion nach Abderhalden mit angestellt werden. In den bisher untersuchten Fällen gaben beide stets übereinstimmende Resultate.)

138. Józsa, E., und M. Tokeoka, Untersuchungen über die Epiphaninreaktion bei Krebskranken. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 12. S. 590—591. (Mit Hilfe dieser Reaktion lassen sich Antikörper des Krebseiweisses im Blutserum von Krebskranken nachweisen. Die Reaktion ist bei klinisch sicher karzinomfreien Fällen in der weit überwiegenden Mehrzahl negativ. Bei klinisch sicheren Karzinomen ist dieselbe in 81,5% positiv.)

139. Jung, Ph., Die Leistungsfähigkeit der vaginalen Köliotomie. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. Heft 1. S. 46—63. (Beim Karzinom kommt die vaginale Köliotomie nur bei Korpuskarzinom und bei sehr fettleibigen und sehr alten Frauen in Frage. — Myome werden nur dann vaginal operiert, wenn dies ohne grosse Schwierigkeiten möglich ist. Bei entzündlichen Adnexerkrankungen und bei Extrauteringravidität ist der Weg per laparotomiam vorzuziehen. — Technik.)

140. Kahle, H., Einiges über den Kieselsäurestoffwechsel bei Krebs und Tuberkulose und seine Bedeutung für die Therapie der Tuberkulose. Med. Ges. zu Jena. Sitzg. vom 19. Febr. Als Original erschienen i. d. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 14. S. 752 bis 756. (Bei Krebskranken wird weniger Kieselsäure durch den Harn ausgeschieden als unter normalen Verhältnissen. Im Pankreas sind bedeutend grössere Mengen Kieselsäure vorhanden als unter normalen Umständen. Eine Erklärung dafür ist vorläufig noch nicht zu geben.)

141. Kakuschkin, N. M., Zur Frage der Indikation und Technik der radikalen Operation beim Carcinoma uteri. Russki Wratsch. Nr. 15. S. 525. (Russisch.) (Verf. hält die Uterusexstirpation bei sogenannten gutartigen Hyperplasien des Cervixepithels und Erosionen für zulässig. Er benutzt den Pfannenstielschen Querschnitt. Technik und Indikationen der vaginalen und abdominalen Operationsmethoden. Mitteilung der Resultate an 21 Fällen, die aber höchstens 1½ Jahre alt sind.)

142. Kayser, C., Zur Diagnose und Behandlung der Ureterverletzungen in der Gynäkologie. Ges. d. Charité-Ärzte, Berlin. Sitzg. vom 12. Febr. Ref. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 14. S. 653—655. (Zusammenstellung aller in der Charité-Frauenklinik seit Oktober 1910 behandelten Ureterenverletzungen. — Diagnose. — Behandlung.)

143. De Keating-Hart, Researches on the pathogenesis of cancer. Practitioner. 1913. Bd. 91. Nr. 4. S. 445—459. (Krebswucherung ist die Folge einer Überkultur von Zellen in einem entzündlich gereizten Gewebe.)

144. — The rational treatment of cancer. Practitioner. 1913. Bd. 91. Nr. 5. S. 669—674. (Die operative Therapie soll mit Fulguration kombiniert werden. Aber auch bei Röntgen- und Radiumbehandlung wird dadurch bei vielen inoperablen Tumoren die therapeutische Wirkung gesteigert.)

145. De Keating-Hart, Die physikalische Therapie der Geschwülste. In: Eine Woche Bauchchirurgie. Düsseldorf, Schmitz u. Olbertz. S. 132.
146. Kelling, G., Demonstration mittelst sensibilisierter Embryonalzellen erzeugter Geschwülste. 43. Kongr. d. deutsch. Ges. f. Chir. 15.—18. April in Berlin. Ref. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 17. S. 817. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 18. S. 935. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 18. S. 1016. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 18. S. 593. Als Original erschienen im Arch. f. klin. Chir. Bd. 105. Nr. 3.
147. — Blutserumuntersuchungen bei Karzinomatösen mit neuer verbesserter Methode. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 26. S. 927—931. (Durch eine Modifikation seiner heterolytischen Reaktion erhielt Kelling bei 65 Karzinomfällen des Verdauungskanals 58mal, d. i. in ca. 90%, unter 185 nicht karzinomatösen Fällen nur 6mal, d. i. in ca. 3% ein positives Resultat. Die Sicherheit der Diagnose lässt sich beträchtlich erhöhen. wenn ausserdem eine der anderen Serumuntersuchungen ausgeführt wird, wozu sich vor allem die Ascolische Meiostagminreaktion eignet. Bei dem positiven Ausfall beider Reaktionen wird das Vorhandensein eines Karzinoms höchstwahrscheinlich.)
148. Kelly, H. A., and J. C. Neel, Cauterisation of inoperable carcinoma of the cervix. Bull. Johns Hopk. Hosp. 1913. Bd. 24. Nr. 274. S. 372—375. (Verf. bezwecken damit, das Karzinom vielleicht noch operabel zu machen.)
149. Kennedy, B., Early recognition of cancer of the uterus. Indiana State med. Soc. Sitzg. vom 24.—25. Sept. Ref. The Journ. of the Amer. med. Assoc. Bd. 63. Nr. 17. S. 1499. (Allgemeines über populäre Prophylaxe. — Diskussion: Sterne.)
150. Keysser, Fr., Zur Chemotherapie subkutaner und in Organen infiltrierend wachsender Mäusetumoren. Zeitschr. f. Chemother. Bd. 1. Heft 2—4. S. 188. (Fortsetzung der v. Wassermannschen Versuche mit Eosin-Selen bei subkutanen Mäusetumoren. Sämtliche im Handel befindliche Eosine der verschiedenen Fabriken: Kalle, Höchst, Griesheim, Sandoz, Cassella und Weiler wurden bezüglich ihrer Färbungsintensität und ihrer Giftigkeit untersucht. — Mit einem Beitrag: Methode und Technik zur Züchtung infiltrativer Mäusetumoren.)
151. King, W. W., The serum reaction in pregnancy and cancer by the coagulation method. Journ. of obst. and gyn. of the Brit. Emp. Bd. 24. Nr. 6. S. 296—303. (Die Koagulationsmethode nach Williams und Pearce (Proceedings of the Soc. for exp. Biol. and Med. New York. 1913. Bd. 10. Nr. 3. S. 73] bedarf keiner speziellen Apparate, vermeidet die Fehler, welche den mangelhaften Dialysierschläuchen anhaften und ist nicht so empfindlich für geringe Hämolyse des Serums. Technik und Schwierigkeiten werden genau beschrieben. Von sechs Karzinomen reagierten vier mit Karzinomserum positiv; bei den beiden anderen ist bisher die Diagnose noch nicht klinisch sichergestellt worden. Verf. hält die Fermente nicht für spezifisch. Von acht malignen Tumoren reagierte das Serum in drei Fällen positiv mit Plazentargewebe. Karzinome und Sarkome lassen sich mittelst der Reaktion nach Abderhalden diagnostizieren, jedoch nicht mit Sicherheit von Schwangerschaft unterscheiden.)
152. Knauer, E., Klinische Beobachtungen über die Beeinflussung maligner Tumoren und chronischer Entzündungsprozesse durch kolloide Metalle. Mitteil. d. Vereins d. Ärzte in Steiermark. Nr. 4. S. 113—120. (Es wurde auf elektrischem Wege gewonnenes kolloidales Selen und kolloidales Kupfer aus dem Laboratorium Clin angewandt. Verabreichung fast ausnahmslos in Form intravenöser Injektion in der Menge von 5 oder 10 ccm jeden zweiten Tag. Es kamen vorwiegend Uteruskarzinome und sechs chronische Entzündungsprozesse der inneren Genitalien zur Behandlung; im ganzen 42 Fälle, denen 270 Injektionen verabreicht wurden. Ausführliche Beschreibung sämtlicher Krankengeschichten. Der Effekt der Injektionen ist in manchen Fällen direkt ein auffallender. Vollständiges Verschwinden des Tumoren konnte jedoch nicht beobachtet werden.)
153. Koenigsfeld, H., Beobachtungen und Studien über die Metastasenbildung beim Mäusekrebs. Zentralbl. f. Bakt., Parasitenk. u. Infektionskrankh. 1913. Orig.-Bd. 72. Nr. 4/5. S. 335—344. (Von der Überlegung ausgehend, dass von den verschleppten Tumorzellen nur die besonders resistenten zu Metastasenbildung führen, verimpfte Koenigsfeld Metastasenmaterial und bekam bei den geimpften Mäusen in 87% makroskopisch sichtbare Metastasen gegen 33,3% (Maximum) bei den mit dem Primärtumor geimpften Tieren. Koenigsfeld stellt sich demnach in diametralen Gegensatz zu der athreptischen Theorie Ehrlichs.)
154. — Versuche zur Immunisierung gegen Mäusekarzinom. Hyg. Sekt. d. schles. Ges. f. vaterl. Kultur zu Breslau. Sitzg. vom 5. März. Ref. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 18.

S. 852. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 30. S. 1547. Als Original erschienen im Zentralbl. f. Bakt., Parasitenk. u. Infektionskrankh. Orig.-Bd. 73. Heft 4/5. S. 316—327. (Durch intensive Vorbehandlung mit Tumortrockenpulver in steigenden Mengen wurde bei Mäusen fast stets und einwandfrei ein Schutz gegen eine nachfolgende Impfung mit einem vollvirulenten Tumor [Mäusekarzinom] erzielt. Oft wurde eine Rückbildung schon angegangener Tumoren beobachtet. Vorbehandlung mit getrockneten normalen Geweben hatte dagegen keine Immunität zur Folge. Verf. verspricht sich von dieser Autovakzination auch beim Menschen Erfolg.)

154a. Kohlhardt, H., Über die Wirkung des Abderhaldenschen Krebsserums. I. Klinischer Teil. Fermentforschung. I. Jahrg. Nr. 1. S. 76. (Auf Grund der Anschauungen von den Abwehrfermenten wurde ein Krebsserum in der Weise dargestellt, dass Pferde, Hammel und andere Tiere Krebspressaft oder eine Emulsion von Karzinomgewebe subkutan injiziert bekamen. Das später entnommene Blutserum zeigte dann starken Abbau von gekochtem Karzinomgewebe. Wenn möglich wurde Pressaft aus dem exstirpierten Tumor gewonnen, da das Serum hochgradig spezifisch ist. Es werden weiterhin 4 Fälle beschrieben, die mit diesem Serum behandelt wurden. Die ersten beiden befanden sich in sehr schlechtem Zustand, wurden gebessert und leben noch. Die beiden anderen sehr vorgeschrittenen Fälle kamen zum Exitus. Kohlhardt gewann aber den Eindruck. dass die Behandlung doch einen Nutzen hatte. Anaphylaktische Erscheinungen kamen vor, waren aber nicht bedenklich. Man kann sich durch den Wechsel der Versuchstiere helfen.)

155. Kolb, K., Die Topographie des Krebses in Bayern. Ärztl. Verein in München. Sitzg. vom 11. März. Ref. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 23. S. 1096

156. Korante, Les résultats éloignés de l'hystérectomie pour cancer du col de l'utérus. Thèse de Montpellier. 1913. Nr. 17. (47 Seiten.)

157. Kotzulla, O. H., Zur Chirurgie der tiefen Beckendrüsen. Dissert. in. Breslau 1913.

158. Kouinne, S., Résultats éloignés du traitement du cancer de l'utérus à la clinique gynécologique de Genève. Diss. in. Genève 1913.

159. Krebsforschung, Badisches Landeskomitee für —. Sitzg. vom 7. März. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 12. S. 673 bis 674. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 14. S. 404.

160. Kriwsky, L. A., Über die abdominale Radikaloperation des Gebärmutterkrebses nach dem Material der gynäkologischen Abteilung des Obuchow-Frauenhospitals. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 21. S. 766—770. (Von 736 Fällen von Uteruskrebsen wurden 18,4% operiert, d. h. 109 Kranke. Von diesen starben 15 = 13,7%. Rezidivfrei waren 11 Patientinnen noch 2—3 Jahre nach der Operation, 27 bekamen Rezidive. von den übrigen fehlen Nachrichten. Prima intentio wurde in 50% erzielt. Der Pfannenstielsche Querschnitt wurde 71 mal, der Längsschnitt 38 mal gemacht.)

161. Krönig, B., Das Krebsmerkblatt des Deutschen Zentralkomitees zur Bekämpfung der Krebskrankheiten. Freiburger med. Ges. Sitzg. vom 21. Juli. Ref. Berl. klin. Wochenschr. Nr 36. S. 1619. (Vortragender hat das Krebsmerkblatt nicht unterschrieben, weil er mit demselben sich nicht einverstanden erklären kann. Durch Erzeugen von Neurasthenie und Hypochondrie schadet dasselbe weit mehr als es nützt.)

162. Krym, R., Über die Chemotherapie maligner Geschwülste. Russki Wratsch. Nr. 9. (Nur im Tierexperiment ergab bisher die Chemotherapie bösartiger Neubildungen ermunternde Resultate. Beim Menschen jedoch ist die Behandlung von Geschwülsten mit kolloidalen Metallpräparaten gänzlich ergebnislos geblieben. Eine Besserung im subjektiven Befinden mancher Patienten erklärt sich wohl durch psychische Beeinflussung.

163. Labbé, A., Plasma germanitif et cancer. Gaz. méd. de Nantes. 1913. Nr. 2. S. 21 bis 26. Nr. 3. S. 41—50. (Theorie Beards von der Entstehung des Krebses.)

164. Lambinon, H., Cancer utérin. Journ. d'accouchements. Nr. 14. S. 123. (Rolle der Hebamme bei der Frühdiagnose des Uteruskrebses.)

165. Lampé, A. B., Die Karzinomdiagnose mittelst der Abderhaldenschen Reaktion. XXXI. Deutscher Kongr. f. inn. Med. in Wiesbaden vom 20.—24. April. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 20. S. 1144. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 20. S. 959. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 21. S. 1089. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 23. S. 829. La sem. méd. Nr. 19. S. 222. (Nicht speziell gynäkologisch. Ausführliche Mitteilung der Technik und der Versuchsbedingungen beim Karzinom. Eigene Erfahrungen an 82 Fällen. Die Reaktion soll eine wertvolle Bereicherung der klinischen Hilfsmittel zur Erkennung des Krebses sein. Es wäre unrichtig, in ihr eine Methode zu suchen,

mit der man absolute Diagnosen stellen kann, denn sie ist eine biologische Methode, deren Grundlagen noch nicht definitiv klargestellt sind.)

166. Latzko, W., Cervixkarzinom, abdominelle Radikaloperation mit Resektion der Vena iliaca externa dextra. Geb.-gyn. Ges. in Wien. Sitzg. vom 20. Jan. Ref. Wiener med. Wochenschr. Nr. 34. S. 1951. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 29. S. 1023—1024. (Ausser geringer Schwellung des Beines glatter Verlauf. Die Resektion war durch innige Verwachsung eines Drüsenpaketes mit der Venenwand indiziert. — Diskussion: Wagner.)

166a. Lauritzen, A. G., Om Radium- og Röntgenbehandling af Cancer uteri. (Über Radium- und Röntgenbehandlung von Cancer uteri.) Übersichtsartikel. Ugeskr. f. Laeger. p. 1508—1516. (O. Horn.)

167. Lazarus-Barlow, W. S., The cause and cure of cancer viewed in the light of recent radio-biological research. Brit. med. Journ. Nr. 2784. 9. Mai. S. 1001—1006.

168. Le Dantec, F., Considérations biologiques sur le cancer. Paris, A. Pointrat. (35 Seiten. Preis: Frcs. 1.—.) (Theorie über die Entstehung des Karzinoms. Verf. hält die Wirkung eines chronischen Reizes für die wahrscheinlichste Ursache.)

169. Leitch, A., The serum diagnosis of pregnancy and of cancer: a critical study of Abderhaldens Method. The Brit. med. Journ. Nr. 2795. 25. Juli. S. 161—165. Nr. 2798. 15. August. S. 330—335. (In 17% von 100 Fällen, in denen die Reaktion hätte positiv sein müssen, fiel sie negativ aus. Verf. bezweifelt sehr den diagnostischen Wert der Reaktion.)

170. Leprévost, Le cancer du col de l'utérus avant trente ans. Thèse de Paris 1913.

171. Lewin, C., Stand und Aussichten der Krebsbehandlung. Zentralbl. f. d. ges. Therap. Heft 1. S. 1—7. (Zusammenfassende Übersicht.)

172. Lewin, S., Cancer and a plea for earlier diagnosis. Journ. of the Michigan State med. Soc. Nr. 1. S. 27—30. (Nichts Neues.)

173. Liegner, B., Zur Histologie des Carcinoma cervicis uteri. Dissert. in. Breslau.

174. Lipschitz, K., Ein Fall von primärem Tubenkarzinom auf dem Boden alter Tuberkulose. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. Heft 1. S. 33—46. (Das Karzinom wurde bei einem Falle gefunden, der wegen Myom zur Operation kam. Im Anschluss an den eigenen Fall werden die Fälle der Literatur kurz besprochen. Bei der Malignität der Erkrankung empfiehlt sich, falls die Diagnose gestellt ist, die radikale Operation nach Freund-Wertheim.)

175. Lissauer, M., Neuere Arbeiten über Geschwülste. Med. Klinik. Nr. 4. S. 427—429. (Übersichtsreferat.)

176. — Neuere Arbeiten über Geschwülste. Med. Klinik. Nr. 24. S. 1024—1025. (Sammelreferat.)

177. Little, S. W., A study of cancer. Boston med. and surg. Journ. Bd. 170. Nr. 3. S. 77 bis 80. Nr. 4. S. 126—130. Nr. 5. S. 163—166. Nr. 6. S. 198—199. (Biologie der Krebsentwicklung. Jede Zellart des Körpers soll in bestimmten Beziehungen zu einer Drüse mit innerer Sekretion stehen, die dem gleichen Keimblatt entstammt. Erkrankt die entsprechende Drüse, so fällt die Regulierung des Lebens, besonders des Stoffwechsels und des Wachstums der betreffenden Zellart fort und das wechselseitige geordnete Verhältnis zwischen verschiedenen Zellgruppen wird gestört. Die Einzelheiten sowie die nähere Begründung und praktische Ausarbeitung dieser Theorie sind im Original durchzulesen.)

178. Litwak, W., Ein Fall von primärem papillären Adenokarzinom des Corpus uteri mit Metastasen am Ovarium. Dissert. in. Berlin. Juni.

179. Lizcano, P., Nota clinica de los canceres uterinos registrados en la consulta de ginecologia de la Inclusia. El siglo med. 1913. Nr. 3101. 17. Mai.

180. Lohmeyer, G., Über das Verhalten der proteolytischen Fermente der Leukozyten bei Gravidität, puerperalen Erkrankungen und Tumoren der weiblichen Geschlechtsorgane. Dissert. in. Berlin. Febr. Als Original erschienen i. d. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 76. Heft 2. (Verstärkte Wirkung derselben u. a. bei Karzinom, Tuberkulose usw.)

181. Lorenz, F., Eigenartige Form und Ausbreitung eines Uteruskarzinoms. Arb. a. d. Geb. d. pathol. Anat. u. Bakt. Bd. 9. Heft 1. S. 94—101. (Kasuistisch. 58jährige Frau, unter den Symptomen einer Apoplexie gestorben. Es wurde ein nekrotisches Karzinom im Cavum uteri gefunden, das klinisch so gut wie gar keine Erscheinungen gemacht hatte, sowie multiple Metastasen im Gehirn und in der linken Nebenniere, Thrombose und Infarkt in der rechten Lunge, Stauungsleber.)

182. Lowy, O., A serum reaction as an aid in the diagnosis of cancer. The Journ. of the Amer. med. Assoc. Bd. 62. Nr. 6. S. 437—438. Ref. Edinb. med. Journ. Bd. 12. Nr. 5. S. 440—442. (In 19 Fällen war die Abderhaldensche Reaktion bei Karzinomen immer positiv; in Fällen anderer Erkrankungen, unter denen auch eine früher wegen Karzinom operierte, bisher rezidivfreie Patientin, immer negativ bis auf drei Fälle. Letztere Fehldiagnosen können auf technischen Fehlern beruhen.)

183. Lubarsch, O., Allgemeine Pathologie der Nachkrankheiten. Präkarzinomatöse Zustände. Metastasen, Metaplasie. Regeneration und Transplantation. Jahresk. f. ärztl. Fortb. Jahrg. 5. Heft 1. S. 23—58.

184. Lunckenbein, H., Zur Behandlung maligner Geschwülste. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 1. S. 18—21. (Intravenöse Autolysatbehandlung. Überraschend gute Resultate. Nur nicht-gynäkologische Fälle. Technik der Zubereitung.)

185. — Die Behandlung maligner Geschwülste mit Tumorextrakt. Münchn. med. Wochenschrift. Nr. 19. S. 1047—1049. (Auf Grund seiner jetzt etwa 40 Fällen von inoperablen, meist schon sehr vorgeschrittenen Karzinomen und Sarkomen umfassenden Erfahrungen, hält der Verf. die systematisch durchgeführten intravenösen Einspritzungen von Tumorextrakt für eine der erfolgreichsten Methoden der bisherigen Krebstherapie. Durch die Einverleibung der Geschwulsteiweisskörper wird die Bildung spezifischer, auf das Substrat eingestellter Fermente angeregt, die sich der eigenen Abwehrtätigkeit des Körpers harmonisch anpasst und sie im Kampfe mit dem Tumor unterstützt. Die Wirkung macht sich schon nach den ersten Einspritzungen durch Verkleinerung und Beweglichwerden der Geschwülste geltend. Man muss aber die Injektionen sehr lange fortsetzen, um gute Resultate zu erzielen. Anaphylaktische Erscheinungen wurden bisher nicht beobachtet. Als Extraktmaterial wurde ausschliesslich Mammakarzinom benutzt.)

186. Lüpke, E., Statistischer Beitrag zum Uteruskarzinom und zur Uteruskarzinomoperation. Dissert. in. Tübingen. Okt.

187. Maccabruni, F., Esperianza di coltivazione „in vitro" del cancro uterino umano. Ann. di ost. e gin. Nr. 1. S. 57—65. (Mit Uteruskrebsgewebe angestellten Kulturen nach Carrel, unter Anwendung von homologem und von artfremdem Blutplasma, haben wegen der rasch eintretenden Verflüssigung des Nährbodens stets negative Resultate ergeben. Auch waren weitere Versuche mit Plasma und gerinnungsbefördernden Stoffen (Ferment enthaltenden Organextrakten) erfolglos. Es ist schliesslich durch einfache Anwendung von Plasma gravider Frauen dem Verf. gelungen, die Verflüssigung des Nährbodens bis auf acht Tage zu verzögern und ein üppiges Wachstum aus der Aussaat des Krebsgewebes zu erzielen. Von den neugebildeten Elementen sind die meisten als Bindegewebszellen zu bezeichnen, die übrigen sind unbestimmter Art. — Vier mikroskopische Abbildungen.)

188. Macnaughton, H., Specimen of adenocarcinoma limited to the summit of the uterine cavity. Sect. of obst. and gyn. of the royal Soc. of Med. Sitzg. vom 2. Juli. Ref. The Lancet. Nr. 4742. 18. Juli. S. 159. (54jährige Frau, die viermal geboren hatte. Die Diagnose wurde durch Curettage gestellt.)

189. Manna, A., Rapporti tra siero di sangue e cellule cancerose. Ann. di ost. e gin. Nr. 2. S. 97—110. (Geschichtliches über die Krebsforschung. Eigene Versuche nach Freund-Kaminer an 26 Fällen. Technik. Resultate. Das Blutserum gesunder oder nichtkarzinomatös erkrankter Menschen hat eine auflösende Wirkung auf die Karzinomzellen, die dem Blutserum an Karzinom Erkrankter fehlt.)

190. Marenduzzo, L., La diagnosi del cancro. Napoli, P. Giannini e F. (255 Seiten, Preis 6.— Lire.)

191. Mayerol, Chemotherapie des Karzinoms. Policlinica. Nr. 15. März. S. 201. (Spanisch.)

192. Mendes de Leon, M. A., Adenokarzinom des Corpus uteri mit mikroskopischen Präparaten. Nederl. Gyn. Vereenig. Sitzg. vom 18. Jan. Nederl. Tijdschr. v. Verlosk. en Gyn. 23. Jahrg. Heft 3/4. S. 293. (54jährige Nullipara. Vor zwei Jahren war wegen unregelmässiger Blutungen ein gutartiger Cervixpolyp entfernt und der Uterus kauterisiert worden. Jetzt seit drei Wochen Blutverlust bei allgemeinem Wohlbefinden. Diagnose durch Curettage. Totalexstirpation.) (Mendes de Leon.)

193. — Behandlung inoperabler Uteruskarzinome mit Chlorzinkpasta. Nederl. Gyn. Vereeniging. Sitzg. vom 18. Jan. Nederl. Tijdschr. v. Verlosk. en Gyn. 23. Jahrg. Heft 3/4. S. 295—297. (Mendes de Leon teilt im Anschluss an früher auf diese Weise mit Erfolg behandelte Fälle noch einen weiteren Fall mit, wo er in einem klinisch sowie mikroskopisch sichergestellten Falle von Carcinoma cervicis mit Chlorzinkpasta

seit einem Jahre völlige Heilung erhalten hat. Diskussion: Treub meint auch, dass beim Durchschneiden des Ureters womöglich immer Implantation in die Blase und nur ausnahmsweise der Verschluss des Ureters eventuell Nierenexstirpation stattfinden sollte. Wenn er auch keine vollständige Heilung mit Chlorzinkpasta hat, so sind seine Resultate doch befriedigend. Driessen hat immer starke Temperatursteigerungen nach dem Gebrauch beobachtet.) (Mendes de Leon.)

194. Meyer, W., Public education in cancer. New York acad. of med. Sitzg. vom 15. Mai. 1913. Ref. The Amer. Journ. of obst. and dis. of women and children. 1913. Bd. 68. Nr. 4. S. 774—780.

195. Morosoff, E. J., Jodkalium bei Uteruskarzinom. Russki Wratsch. 1911. Gyn. Rundschau. Nr. 9. S. 335. (14 Fälle von inoperablem Uteruskrebs. Täglich wurde ein Klysma aus Jodkalium 4,0, Soda 2,0, Aqua 90,0 verabreicht und subkutan Natr. arsenicosum gegeben. Verff. beobachtete Fortschreiten der regressiven Prozesse im Karzinom, manchmal auch Verminderung der Schmerzhaftigkeit, Besserung des Allgemeinbefindens, dagegen eine Steigerung der Blutungen.)

196. Moullin, C. Mansell, The biology of tumours. The Lancet. Nr. 4724. 21. März. S. 803—808.

197. Nassauer, M., Verwendung radioaktiven Bolus zur vaginalen Behandlung. Bayr. Ges. f. Geb. u. Frauenheilk. Sitzg. vom 7. Dez. 1913. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. Heft 4. S. 525. (Das Material ist bisher noch zu klein. Schaden wurde jedoch nicht beobachtet. Verf. hat die radioaktiven Bolus in drei Stärken vorrätig.)

198. Oeller, H., Über den klinischen Wert der Abderhaldenschen Fermentreaktion. Med. Ges. zu Leipzig. Sitzg. vom 21. Juli. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 43. S. 2142—2143. (Vortragender kommt auf Grund zahlreicher Untersuchungen zum Schluss, dass eine absolute Spezifizität der nachgewiesenen Fermente sicher nicht besteht, dass klinisch brauchbare Ergebnisse nicht zu erzielen sind; dass es mit der Originalmethode sicher nicht möglich ist, Gravide von Nichtgraviden, Karzinomkranke von Nichttumorträgern auch nur annähernd sicher zu unterscheiden.)

199. — und R. Stephan, Klinische Studien mit dem Dialysierverfahren nach Abderhalden. II. Mitteilung: Die serologische Tumordiagnose. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 11. S. 579—583. Ref. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 15. S. 439. (Es wurden keine einheitlichen Resultate erzielt. Die Verf. vermuten, dass hierbei vielleicht neben dem Abbau des Karzinoms noch ein Abbau des Bindegewebes erfolgt. Mit einem „Epithelantigen" erhielten sie insofern zufriedenstellende Resultate, als Serum, das Karzinomgewebe abbaute, jedesmal dieses Epithelantigen auch abbaute; Sarkomseren bauten jedoch Epithelzellen nie ab. Ausführungen über die Herkunft der Abwehrfermente, deren Vorkommen die Verff. prinzipiell anerkennen.)

200. Pasetti, M., La reazione di Salomon e Saxl nella diagnosi dei tumori maligni. Tumori. 1913. Nr. 2. S. 181—201. (Im ganzen an 200 Fällen, darunter 46 maligne Tumoren, nachgeprüft. Die Reaktion war in 56,1% der malignen Tumoren positiv; negativ in allen Fällen von Lues. Die Methode ist brauchbar, aber nicht charakteristisch.)

201. Pentimalli, F., Zur Frage der chemotherapeutischen Versuche auf dem Gebiete der experimentellen Krebsforschung (nebst einer Mitteilung über die Wirkungen des kolloidalen Wismuts). Freiburger med. Ges. (Prof. Aschoff). Sitzg. vom 19. Mai. Als Original i. d. Deutsch. med. Wochenschr. Nr. 29. S. 1468—1472. (Das Mäusekarzinom scheint so gut wie unempfindlich zu sein gegen die γ-Strahlen des Radiums und Mesothoriums. Ebenso fielen chemotherapeutische Versuche mit Selenpräparaten, fluoreszierenden Substanzen, Schwermetallen [als Salzverbindungen oder in kolloidalem Zustand), Saponinen, Kalziumsalzen, mit Phosphor und Thorium X, negativ aus. Gelegentlich von anderen Forschern gefundene Nekrosen sind aller Wahrscheinlichkeit nach auf traumatische und andere akzidentelle Einflüsse zurückzuführen. Verflüssigung des Tumors bedeutet noch keine Heilung, sie bewirkt aber Autoimmunisation. Bei den obigen Versuchen wurde nebenher gefunden, dass das kolloidale Wismut ein exquisites Nierengift und ein direktes Reizmittel für das hämatopoetische Gewebe darstellt.)

202. Percy, J. F., A method of applying heat both to inhibit and destroy inoperable carcinoma of the uterus and vagina. Surg., gyn. and obst. 1913. Bd. 17. Nr. 3. S. 371 bis 376. (Technik mit Abbildungen des Instrumentariums.)

203. — Best method of discouraging the activity of inoperable cancer. A study of heat in cancer. The Journ. of the Amer. med. Assoc. Bd. 62. Nr. 21. S. 1631. (Auf Grund von Untersuchungen an Fleischstücken meint Percy, dass der Galvanokauter am

besten imstande sei, Gewebe und infolgedessen auch Geschwülste zu vernichten. Über Anwendung in der Praxis wird nicht berichtet.)

204. Percy, J. F., The treatment of inoperable carcinoma of the uterus by application of heat. Clinical Congress of Surgeons of North America. London. 30. Juli. Als Original in The Lancet. Nr. 4744. 1. Aug. S. 309—312. Surg. Gyn. and Obst. Bd. 19. Nr. 4. S. 452. Ref. The Amer. Journ. of Obst. and dis. of women and children. Bd. 70. Nr. 442. S. 674—676. (Sehr ausführliches Referat.) — (Warme Empfehlung.)

205. Perraudin, Traitement palliatif du cancer par les injections de sels de quinine. Thèse de Paris. 1913. (Zusammen mit P. Barbet — cf. Nr. 13 — veröffentlicht im Bull. gén. de thérap. 1913. Bd. 166. Nr. 20. S. 766—778. Nr. 21. S. 803—814. (Nicht speziell gynäkologisch.)

206. Pestalozza, G. D., La determinazione delle viscosità del sangue in alcuni tumori dell' utero e dell' ovaio. Ann. di ost. e gin. Nr. 4. S. 360—373. (Cf. Kapitel „Myome", Nr. 89.)

207. Pflaumer, E., Beobachtungen über Autolysatbehandlung bösartiger Geschwülste. 43. Kongr. d. Deutsch. Ges. f. Chir. in Berlin. 15.—18. April. Ref. Münch. med. Wochenschrift. Nr. 20. S. 1147. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 18. S. 935. Berl. klin. Wochenschrift. Nr. 18. S. 867. La Sem. méd. Nr. 17. S. 201. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 21. S. 736. Wiener med. Wochenschr. Nr. 24. S. 1346. (In 15 — chirurgischen — Karzinom- und Sarkomfällen wurde die Autolysatbehandlung mit Lunckenbeinscher Technik versucht. Vortragender bezeichnet sein Material nicht als Autolysat, sondern als Extrakt. Völlige Heilung wurde in keinem Falle erzielt, doch wurden bei ulzerierten Krebsgeschwülsten oberflächliche Nekrotisierung und Reinigung des Geschwüres beobachtet. Durch Sensibilisierung der Geschwulst auf chemischem oder physikalischem Wege und gleichzeitiger Extraktbehandlung ist wahrscheinlich Einwirkung nicht nur auf den schon hinfälligen Teil der Geschwulst, sondern auch auf ihren eigentlichen Wachstumsbezirk zu erwarten. — Diskussion: Keyser unterscheidet eine aktive Immunisierung des Körpers gegen die Tumoren und eine Fermenttherapie. Er hat bei beiden Methoden unzweifelhaft Einwirkungen gesehen. Stammler hat nur in einem Falle Dauererfolg der Behandlung gesehen.)

208. Philippson, F., Gedanken über die Entstehung der Krebskrankheit. Fortschr. d. Med. Nr. 10. S. 261—265. (Bedeutung chemischer Gifte. Für den Krebs der Frau könnte man sich vorstellen, dass im pathologischen Sekret von Uterus, Cervix und Vagina ein den bisher bekannten Reizen verwandter Stoff — Trimethylamin? — im Übermass vorhanden wäre.)

209. Pincussohn, L., Blutfermente des gesunden und kranken Organismus und ihre Bedeutung für die Physiologie und Pathologie. Berl. med. Ges. Sitzg. vom 21. Jan. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 4. S. 217. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 5. S. 224 bis 226. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 6. S. 305. La sem. méd. Nr. 4. S. 47. (Bei Krebs kann man Fermente im Blut erst erwarten, wenn Zellen untergehen. Abderhalden hat, wenn er Karzinom diagnostizierte, polyvalente Substrate verwandt. Für die Praxis haben diese theoretisch so interessanten Forschungen noch keine Ergebnisse. — Diskussion: Guggenheimer: In 22 klinisch sicheren und wahrscheinlichen Karzinomfällen wurde Karzinomgewebe stets abgebaut, Kontrollorgan nicht. 25 Kontrollfälle blieben immer negativ und nur ein Fall mit Aktinomykose und einer mit schwerer Cholämie wurden positiv. Wahrscheinlich sind auch Frühstadien schon nachweisbar. H. Mühsam: Die Karzinome verhalten sich verschieden. Man kann nicht für alle Sera dasselbe Karzinomsubstrat benutzen, da häufig das eine abgebaut, aber das andere nicht angegriffen wird. Das gilt nicht nur für gemeines Karzinomeiweiss, sondern auch für die daraus hergestellten Peptone. Die Karzinome scheinen sich also chemisch ebenso sehr voneinander zu unterscheiden wie histologisch. Orth: Nach den so verschiedenen morphologischen Verhältnissen müsse man bei Karzinomen das Vorkommen verschiedener Fermente erwarten.)

210. Pionitzki, D., Über die Behandlung des Krebses mit Autolysaten. Dissert. in. Berlin.

211. Piorkowski, Zur Sicherung der Karzinomdiagnose. Berl. med. Ges. Sitzg. vom 21. Jan. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 4. S. 217. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 6. S. 305 La sem. méd. Nr. 4. S. 47. Als Original erschienen i. d. Berl. klin. Wochenschrift. Nr. 6. S. 254—255. (Verf. hatte mit der Abderhaldenschen Methode bei Karzinomen nur in 15% richtige Resultate. Andere Methoden, wie die Komplementablenkung u. a. sind noch unsicherer. Daher versuchte er neue Zubereitungen und

glaubt in der Saponisierung eine brauchbare gefunden zu haben. [Technik.] Bei 70 Fällen fand er, dass die Resultate bei der Präzipitation besser sind als beim Abderhalden, den er gleichfalls mit ansetzte. Vielleicht kommt der Methode ein prognostischer Wert zu; sie bleibt nach der Tumorexstirpation positiv [fraglich wie lange.])

212. Pluyette, G. Pieri et L. Bernard, Fibrome du corps de l'utérus et cancer du col. Soc. de chir. de Marseille. Sitzg. vom 22. Jan. Ref. Revue de chir. Bd. 34. Nr. 4. S. 532. La Presse méd. Nr. 27. S. 263. (Die histologische Untersuchung des Präparates macht es wahrscheinlich, dass beide Erkrankungen unabhängig voneinander entstanden sind. — Jourdan teilt einen Fall mit, bei dem drei Jahre nach einer subtotalen Uterusexstirpation wegen Myom ein Karzinom des Cervixstumpfes gefunden wurde. Er empfiehlt immer den ganzen Uterus zu exstirpieren. Auch Roux de Brignoles hat wiederholt solche Fälle gesehen, sogar mit 5—6 Jahren Zwischenzeit zwischen Myomoperation und Auftreten des Krebses. Juge teilt einen weiteren Fall aus eigener Praxis mit.)

213. Polák, O., Behandlung maligner Tumoren mit Autodialysat. Casopis lékar. cesk. Nr. 33. (Weder bei intramuskulärer Injektion von 5—10—15 ccm pro Woche, noch bei intravenöser Applikation von 1—5 ccm pro die des aus Teilen des Tumors und der regionären Lymphdrüsen bereiteten Dialysates wurden befriedigende Resultate erzielt. Schädliche Nebenwirkungen traten bis auf eine rasch vorübergehende Schmerzhaftigkeit an der Injektionsstelle und leichten Temperatursteigerungen nicht auf.)

214. Popov, Contribution à l'étude de l'action du sélénium colloidal électrique dans le traitement du cancer. Thèse de Montpellier. 1913. Nr. 24. (43 Seiten.)

215. Poprawski, J., Über die Förderung der Karzinomdiagnose durch das Röntgenbild. Dissert. in. Strassburg. Juni.

216. Poucher, J. W., Two cases of cancer of the uterus apparently cured by postoperative infection. Amer. Assoc. of obst. and gyn. Sitzg. in Buffalo. 15.—17. Sept. Ref. The Amer. Journ. of obst. and dis. of women and children. Bd. 70. Nr. 443. S. 757 bis 759. (Zwei Fälle werden ausführlich mitgeteilt. Die Diagnose war am exstirpierten Präparat mikroskopisch sichergestellt worden. Die eine Totalexstirpation liegt neun, die andere liegt drei Jahre zurück und waren ganz sicher nicht radikal. — Diskussion Reder, Dickinson u. a.)

217. Prausnitz, C., Zur Frage der Filtrierbarkeit transplantabler Mäusekarzinome. Hyg. Sekt. d. schles. Ges. f. vaterl. Kultur zu Breslau. Sitzg. vom 5. März. Ref. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 18. S. 852. (Es wurden in sechs Versuchsreihen an insgesamt 104 Mäusen Berkefeldfiltrate von drei verschiedenen Tumorstämmen subkutan verimpft, unter gleichzeitiger Impfung von 90 Kontrolltieren. Während bei letzteren der Tumor regelmässig anging, hatte die Impfung der Tumorfiltrate ausnahmslos ein negatives Ergebnis. Aus Kontrolluntersuchungen ergab sich, dass das Angehen eines transplantierten Mäusekarzinoms an das Vorhandensein intakter Zellen gebunden ist. Zu einem positiven Impfresultat genügt schon äusserst wenig Tumormaterial. — Diskussion: Henke hat genau dieselben Erfolge bei seinen Untersuchungen erzielt; cf. Nr. 123.)

218. Primsar, F., Beitrag zur Abderhaldenschen Schwangerschaftsreaktion. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 12. S. 438—440. (Verf. führt die positiven Reaktionen bei einigen Dialysaten von Schwangerenserum mit Karzinom auf die Schwierigkeit zurück, das Karzinom- oder Sarkomgewebe vollkommen von Blut zu befreien. Bei seinen eigenen Untersuchungen zeigte Karzinom, Sarkom usw. keinen Abbau des Plazentaeiweisses.)

219. Proust, R. et A. Maurer, Ligature de l'artère hypogastrique dans l'hystérectomie abdominale élargie pour cancer. Journ. de chir. 1913. Bd. 11. Nr. 2. S. 141—154. (Mit sieben sehr guten Abbildungen. Wird im Kapitel „Gynäkologische Operationslehre" referiert. Ausführliches Referat mit den sieben Original-Abbildungen in: Revue de gyn. et de chir. abd. Bd. 22. Nr. 1. S. 50—59.)

220. Pujol y Brull, Operative Behandlung des Uteruskrebses. Crón. méd. Valencia. 1913. Nr. 585. S. 172—174. (Spanisch.) (Allgemeines; hauptsächlich Technisches.)

221. Purslow, C. E., Pyometra due to intracervical cancer. Midland obst. and gyn. Soc. Sitzg. in Birmingham am 3. März. Ref. The Brit. med. Journ. Nr. 2778. 28. März. S. 713. The Journ. of obst. and gyn. of the Brit. Emp. Bd. 25. Nr. 5. S. 293. (Kasuistisch.)

222. Di Quattro, G., Sugli antigeni per la reazione meiostagmica nei tumori maligni. Tumori. 1913. Nr. 2. S. 202—206. (Italienisch.) (Technisches.)

223. De Quervain, F., Über die Stellung der Geschwülste unter den Naturerscheinungen. Leipzig, F. C. W. Vogel. (Verf. stellt die Geschwulstbildung als Reaktion auf gewisse chemische, physikalische oder parasitäre Einwirkungen parallel der reparatorischen Reaktion [Organersatz bei Pflanzen und niederen Tieren] und der entzündlichen Reaktion. Bis zu einem gewissen Grade „zweckmässig", kann diese Reaktion aber wegen ihrer Unvollkommenheit unter gewissen Bedingungen schädlich werden und den Untergang des Organismus herbeiführen, was ja auch bei entzündlicher Reaktion vorkommt.)

224. Rapp, L., Zur Enzytolbehandlung maligner Neubildungen. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 20. S. 1112—1115. (Technik — intravenöse Injektion — und Resultate. Die Behandlung wurde immer mit Röntgen- und Radiumbestrahlung kombiniert. Vorwiegend nicht-gynäkologische Fälle.)

225. Reid, W. J., Nitrogen excretion in the urine of cancer patients. Studies in cancer metabolism. Med. chronicle. Bd. 59. Nr. 1. S. 20—30. (Bei Kranken mit malignen Tumoren ist der Oxyproteinsäuregehalt im Harn erhöht, jedoch bei beginnenden, nicht ausgedehnten Geschwülsten nur unwesentlich, so dass die Reaktion die Frühdiagnose nicht erleichtert.)

226. Ribbert, H., Geschwulstlehre für Ärzte und Studierende. 2. Aufl. Bonn, F. Cohen. Preis Mk. 24.—.

227. Rigall, Contribution à l'étude du diagnostic précoce du cancer de la cavité utérine. Thèse de Montpellier. 1913. Nr. 62. (46 Seiten.)

228. Ritter, H., und J. Allmann, Experimentelle Beiträge zur Cholinwirkung. Zeitschr. f. Strahlenther. Bd. 4. Heft 1. S. 398—411. (Cf. Kapitel „Strahlentherapie der Karzinome", Nr. 179.)

229. Roberts, H., A case of pyometra and cancer of the cervix. Sect. of obst. and gyn. of the royal Soc. of med. Sitzg. vom 3. Dez. Ref. The Brit. med. Journ. Nr. 2817. 26. Dez. S. 1100. (62jährige Frau, die siebenmal geboren hatte und seit 17 Jahren in der Menopause war. Vor drei Monaten heftige Blutung und seitdem starke putride Absonderung und kolikartige Schmerzen. Die ganze Cervix war gleichmässig von der Geschwulstbildung eingenommen; die Uterushöhle dilatiert.)

230. Robin, A., Quelques formes de l'azote urinaire chez les cancéreux. Assoc. franç. pour l'étude du cancer. Sitzg. vom 9. Mai. Ref. La Presse méd. Nr. 47. S. 454.

231. — Les troubles des échanges chez les cancéreux; l'azote ammoniacal et l'amino-acidurie. Acad. de méd. de Paris. Sitzg. vom 9. Juni. Ref. La sem. méd. Nr. 23. S. 269. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 42. S. 2108. (Beide haben nicht die Bedeutung, die ihnen von manchem Untersucher zuerkannt wird. Erhöhung des letzteren ist nur Andeutung eines schnelleren Fortschreitens der Erkrankung.)

232. Roffo, Angel H., Cancer Experimental. Buenos Aires: Libreria y Casa Editoria de A. Guidi Buffarini. (319 Seiten.) Ref. The Lancet. Nr. 4757. 31. Okt. S. 1048—1049. (Übersicht über unsere jetzigen Kenntnisse betreffs der Übertragbarkeit des Karzinoms bei Tieren, sowie Bericht über zahlreiche eigene Untersuchungen. Übertragung von Karzinom ist nur möglich durch Transplantation karzinomatösen Gewebes und nur auf Tieren derselben Art und Rasse. Versuche mit Extrakten fielen vollkommen negativ aus. — Therapeutische Versuche mittelst Eosin-Selenium-Rubidium-Injektionen hatten bei weissen Ratten sehr gute Erfolge. — Zahlreiche bunte Abbildungen und Mikrophotographien. Grosse Literaturübersicht.)

233. Roith, O., Über die Ätzung maligner Tumoren (besonders von Uteruskarzinomen) mit Arsenpaste. Oberrhein. Ges. f. Geb. u. Gyn. Sitzg. vom 6. Juli 1913. Ref. Beitr. z. Geb. u. Gyn. Bd. 19. Heft 2. S. 298—299. (Anwendung dieses Mittels an sieben inoperablen Tumoren, von denen zwei inoperable Karzinome klinisch geheilt wurden. Diskussion: Sellheim, H. Freund, A. Mayer verwerfen das Verfahren und sahen keine wesentlichen Resultate im Sinne einer Heilung.)

234. Roncali, D. B., Die Bedeutung der pathogenen Blastomyzeten für die Ätiologie des Karzinoms. Virchows Arch. Bd. 216. Heft 1. S. 141—160. Heft 2. S. 161—183. Früher italienisch erschienen in: Tumori. 1913. Bd. 3. Nr. 1. S. 1—60. (Verf. beschreibt an der Hand von 22 Textfiguren wiederum alle die in Karzinomen vorkommenden Zelleinschlüsse und andere Bildungen, die schon seit mehr als 20 Jahren in zahlreichen Arbeiten abgebildet und oft für Parasiten verschiedener Art angesprochen worden sind. Auch der Verf. ist der Meinung, dass der Krebs infektiöser Natur sei, und zwar meint er, dass die Ätiologie des Karzinoms durch mehrere Parasitenarten und deren Toxin gebildet werde. Die Blastomyzeten, die jenen Einschlüssen entsprächen, stellten nur einen bekannten Faktor aus der grossen Reihe der bis jetzt un-

bekannten Erreger des Krebses dar. — Bemerkung zu dieser Arbeit cf. Sternberg, Nr. 268.)

235. Roncali, D. B., Trattato dei neoplasmi maligni. 56.—59. Lieferung. Turin, Typograph. Union. Preis Lire 2.— pro Lief.

236. Roosen, R. und N. Blumenthal, Erfahrungen mit der Meiostagminreaktion. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 12. S. 588. (96,8% der Karzinome reagieren positiv, jedoch auch eine gewisse Anzahl von anderen Fällen, so fast alle Graviden und mitunter chronische Entzündungen und gewisse konstitutionelle Erkrankungen, wie Diabetes. Sarkome geben wechselnde Resultate. Infolgedessen dürfte ein negativer Ausfall sehr gegen Karzinom — nicht gegen Sarkom — sprechen, der positive jedoch nicht beweisend für das Vorhandensein eines Tumors sein.)

237. Rosenthal, Zur Frühdiagnose des Karzinoms. Med. Ges. zu Magdeburg. Sitzg. vom 12. März. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 24. S. 1370. (Erwähnung der verschiedensten serologischen, Komplementbindungs-, Meiostagmin- und Dialysations-Methoden. Vortragender fasst zum Schluss sein Urteil dahin zusammen, dass wir trotz aller Errungenschaften der Neuzeit auch heute noch keine sichere spezifische Methode zur Frühdiagnose des Karzinoms haben, dass deshalb das klinische Gesamtbild für Therapie und Prognose noch immer ausschlaggebend ist.)

238. — M. J., The later operative technic in the treatment of cancer, with special reference to cancer of the breast and uterus. Amer. Assoc. of obst. and gyn., Versamml. in Providence. 16.—18. Sept. 1913. Als Original in The Amer. Journ. of obst. and dis. of women and childr. Bd. 69. Nr. 434. Febr. S. 280—301. (Ausführliche Beschreibung der Schautaschen vaginalen Operationstechnik mit acht Abbildungen. Vergleichende Statistik über Operabilität, Mortalität, Rezidive nach Krebsoperation an einzelnen grossen europäischen und amerikanischen Kliniken.)

239. Ross, E. A., Carcinoma of the uterus in a child. aged 2½. Sect. of obst. and gyn. of the Royal Soc. of Med. Sitzg. vom 7. Mai. Ref. The Lancet. Nr. 4735. 30. Mai. S. 1536. Journ. of obst. and gyn. of the Brit. Emp. Bd. 25. Nr. 6. S. 364. (Seit drei Wochen blutige Absonderung aus der Scheide. Tumor zwischen Rektum und Blase. Laparotomie. Die apfelgrosse Geschwulst konnte nicht entfernt werden. Tod zwei Monate nach der Operation. Das papillomatöse Karzinom ging von dem Drüsenepithel der Korpusschleimhaut aus.)

240. Rubens-Duval, H., Processus histologique de la défense spontanée de l'organisme contre le cancer. Ann. de méd. Nr. 1. (Mit Textabbildungen und 1 farbigen Tafel.) Ref. La Sem. méd. Nr. 20. S. 232.

241. Russell, B. R. G. und W. E. Bullock, Die Lebensdauer der Mäusekarzinomzellen bei Bruttemperatur (37° C). Berl. klin. Wochenschr. Nr. 16. S. 725—727. (Ein achtstündiges Verweilen der Mäusekarzinomzellen bei 37° C genügt in der Regel, den Tumorzellen ihre Transplantationsfähigkeit vollständig zu rauben. Nicht alle Zellen desselben Tumors besitzen denselben Grad von Resistenz gegen die bei dieser Temperatur auftretenden schädlichen Einflüsse. Schon nach einer vierstündigen Erwärmung tritt eine deutliche Verminderung der Zahl der überlebenden Karzinomzellen ein.)

242. Ryall, C., Cancer of the uterus. The Lancet. Nr. 4745. 8. Aug. S. 359—362. (Allgemeines. Fortbildungsvortrag.)

243. Saint, C. F. M., A comparison of inflammation and tumour formation. The Brit. med. Journ. Nr. 2781. 18. April. S. 848—851.

244. Saltykow, S., Vollständige Entfernung eines Uteruskarzinoms mit der blossen Hand. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 26. S. 1316—1317. (Bei einer 37 jährigen Frau wurde nach der Geburt des Kindes — Perforation wegen Hydrocephalus — an der linken Hälfte der Portio ein etwa taschenuhrgrosser Tumor festgestellt, der dem Untersucher, wie er meinte, zum Teil spontan „in der Hand blieb". Mikroskopische Untersuchung dieses Tumors ergab ein typisches Plattenepithelkarzinom. Als die Patientin nach Ablauf des Wochenbettes dem Krankenhause zur Totalexstirpation überwiesen wurde, konnte nirgendwo im Uterus etwas von Karzinom festgestellt werden; Probeexzisionen der Portio ergaben negatives Resultat. Auch jetzt nach zwei Jahren noch ist Patientin vollkommen gesund.)

245. Saul, E., Beziehungen der Helminthen und Ascari zur Geschwulstätiologie. Mitteilung 17. Zentralbl. f. Bakt., Parasitenk. u. Infekt. Orig. 1913. Bd. 71. Heft 1. S. 59—65. (Nichts speziell Gynäkologisches.)

246. Saul, E., Beziehungen der Helminthen und Protozoen zur Geschwulstätiologie. Berl. med. Ges. Sitzg. vom 9. Dez. Ref. Berl. klin. Wochenschr. 1915. Nr. 1. S. 20—21. (Nicht gynäkologisch.)

247. Schawlow, A., Beiträge zur serologischen Frühdiagnose des Karzinoms vermittelst des Abderhaldenschen Dialysierverfahrens. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 25. S. 1386—1390. (Nicht speziell gynäkologisch. Im ganzen ergaben sich bei 64 Karzinom- und Sarkomfällen nur 6,36% Fehldiagnosen.)

248. Schmidt, E., „Tuberkelknötchen" in einem Portiokarzinom. Hegars Beitr. z. Geb. u. Gyn. Bd. 19. Heft 3. S. 316—324. (Es lässt sich schwer entscheiden, ob es sich in dem betreffenden Falle um tuberkulöse oder um Fremdkörperriesenzellen handelt. Verf. neigt zur Annahme, letztere vor sich zu haben. — Zwei Textabbildungen und eine farbige Tafel.)

249. Schneersohn, N., Contribution à l'étude clinique et anatomo-pathologique de l'influence du cancer de l'utérus sur le systéme urinaire. Dissert. in. Genève 1913.

250. Schubert, G., Die Behandlung von Tumoren mit Tumorextrakten. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. Heft 4. S. 487—496. (Nach dem Vorgang von Lunckenbein hat Verf. aus exstirpierten Stücken inoperabler Tumoren oder Drüsenmetastasen sterile Extrakte hergestellt und diese anfangs subkutan, später auch intravenös injiziert. Bei letzterem Verfahren kam es in einem Falle zu schweren Kollapserscheinungen, so dass vorsichtiges Vorgehen unbedingt notwendig ist. Die behandelten Fälle waren derart hoffnungslos, dass wirkliche Erfolge nicht zu erwarten waren. Die beobachteten günstigen Einwirkungen auf ein Tonsillensarkom, sowie auf Drüsenmetastasen bei Mammakarzinomen berechtigen aber zu weiteren Versuchen.)

251. Schumkowa-Trubina, Die Abderhaldensche Reaktion beim Karzinom. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 131. Heft 5 u. 6. (Die Abbaufermente im Serum von Krebskranken scheinen nicht streng spezifisch zu sein, zumal unter 73 mit Plazenta untersuchten Krebsfällen 50 positiv reagierten, unter 19 Graviden mit Krebssubstrat 13 positiv. Die Reaktion fällt bei der Krebskrankheit in etwa 95% der Fälle positiv aus. Je mehr Homologie zwischen dem Substrat und der Geschwulst bei dem zur Untersuchung kommenden Falle, desto häufiger die positiven Erfolge. Wegen der vielen Schwierigkeiten und Fehlerquellen ist jedoch die Reaktion noch nicht zur alltäglichen Anwendung brauchbar.)

252. Schwarz, H., A contribution to the serology of pregnancy and cancer. Amer. Assoc. of obst. and gyn. Versamml. in Providence. 16.—18. Sept. 1913. Als Original in The Amer. Journ. of obst. and dis. of women and children. Bd. 69. Nr. 433. Jan. S. 54—72. (Theoretische Grundlagen und Technik des Dialysierverfahrens. Bei Karzinom muss das Serum gegen Plazentar- und Krebsalbumin geprüft werden. Eigene Erfahrungen in dieser Hinsicht teilt Verf. nicht mit. — In 12 Fällen, in denen Schwangerschaft diagnostisch in Frage kam, hat sich das Dialysierverfahren bewährt.)

253. Schweninger, E., Zur Krebsfrage. Die neue Rundschau. Bd. 25. Heft 1. S. 89—190. Separat: S. Fischer, Berlin. (1.— Mk.) (Der Krebs ist keine ursprünglich lokale, allgemein gewordene Krankheit, sondern von Hause aus eine Allgemeinerkrankung der Blut- und Säftebildung, die wir keineswegs dadurch zum Verschwinden bringen, dass wir eines ihrer Symptome [primäre oder sekundäre metastatische Lokalisation] ausmerzen. Von der Operation ist dringend abzuraten. Auch die Strahlenbehandlung ist kein Heilmittel.)

254. Schwenk, E., Grundlagen und derzeitiger Stand der Chemotherapie. Stuttgart, Ferd. Enke. (80 Seiten; Preis Mk. 2.40.)

255. Seyderhelm, R., Über den Einfluss des elektrischen Schwachstroms auf Mäuse- und Rattentumoren. Strassburger Naturwiss.-med. Verein. Sitzg. vom 20. Febr. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 13. S. 736. Als Original erschienen i. d. Deutschen med. Wochenschr. Nr. 10. S. 583—585. (Elektive Wirkung des elektrischen Schwachstroms auf Tumorzellen, analog den Röntgenstrahlen. Die Anwendung am lebenden Menschen findet aber ihre Grenze an der Unfähigkeit, bei der Durchströmung grösserer Körperteile die Stromdichte zu beherrschen.)

256. Simon, H., Die Behandlung der inoperablen Geschwülste. Ergebn. d. Chir. u. Orthop. 1913. Bd. 7. S. 263—329. (Literatur von 1895 an.)

257. — Die Behandlung der inoperablen malignen Geschwülste. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 2. S. 56—60. Ref. The Brit. med. Journ. Nr. 2790. 20. Juni. Ep. of curr. med. litt. S. 99. (Cf. Jahrgang 1913 dieses Jahresberichtes, Kap. „Karzinome", Nr. 319.)

258. Simon, H., Die Behandlung der inoperablen Geschwülste. Therap. Monatsh. Bd. 28. Heft 5. S. 309—320. (Zusammenfassung. Nicht speziell gynäkologisch. Nichts Neues.)

259. — Die Behandlung der Geschwülste nach dem gegenwärtigen Stande und den Ergebnissen der experimentellen Forschung. Berlin, J. Springer. (122 Seiten, Preis Mk. 5.40.)

260. — Der derzeitige Stand der experimentellen Krebsforschung. Südostdeutsche Chir.-Vereinig. Sitzg. in Posen am 28. Febr. Ref. v. Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 93. Heft 3. S. 611—616. (Orientierender Überblick.)

261. Siredey, A., L'éosinophilie locale dans le cancer de l'utérus. Acad. de méd. de Paris. Sitzg. vom 21. April. Ref. Bull. de l'acad. de méd. Nr. 16. S. 603—605. La sem. méd. Nr. 16. S. 189. La Presse méd. Nr. 32. S. 308. (Es wurde in 30 Fällen von Karzinom des Uterus 12mal und in beiden Sarkomfällen eine deutliche Eosinophilie gefunden. Am stärksten kommt sie zum Ausdruck gleich um die Karzinomnester herum, wo die charakteristisch gefärbten Zellen einen ununterbrochenen Wall von 5—6 Reihen Dicke bilden. Trotzdem sind aber die eosinophilen Zellen im Blute nicht immer vermehrt. Die Erscheinung ist unabhängig von Entzündungsprozessen in der Umgebung des Karzinomgewebes. Bei sklerotischen Karzinomformen ist sie am wenigsten ausgesprochen. Zweck derselben ist wahrscheinlich nicht Verteidigung gegen die Zellwucherung der Neubildung, sondern Abwehr gegen die von dieser abgesonderten Gifte.)

262. Sittenfeld, M. J., Recent advances in the study of the pathogenesis of cancer. Med. Record. Bd. 85. Nr. 17. S. 751—754. (Übersicht. Nicht speziell gynäkologisch.)

263. Skrobansky, K., Über neue Richtungen in der Behandlung des Gebärmutterkrebses. Journ. akusch. i shensk. bolesn. Bd. 29. S. 1—12. (Russisch.) (Zusammenfassendes Referat.)

264. Slovtsov, B., Die Reaktion nach Abderhalden. St. Petersburg, Ettinger. (32 Seiten. Russisch.) Ref. La Gyn. Heft 5. Mai. S. 395—400. (Monographie. Zusammenstellung aller bisher publizierten Untersuchungsresultate. Der zweite Teil handelt über die Reaktion bei malignen Tumoren.)

265. Spencer, H., A case of extensive cancer of the cervix uteri with pyosalpinx, well seven years after Wertheims hysterectomy. Sect. of obst. and gyn. of the royal Soc. of med. Sitzg. vom 3. Dez. Ref. The Brit. med. Journ. Nr. 2817. 26. Dez. S. 1100. (28jährige Frau. Operation 1907. Drüsen waren dabei nicht gefunden worden.)

266. Ssokolow, A., Die Serodiagnose des Krebses nach Abderhalden. Med. Obosr. Nr. 6. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 27. S. 1525. (Von 17 Krebspatienten reagierten 16 positiv und nur einer negativ; bei diesen letzteren war jedoch die Karzinomdiagnose nicht völlig einwandfrei. Mit gutartigen Geschwülsten reagierte Krebsserum in 100% negativ. In zwei Fällen von Drüsenkarzinom fiel die Reaktion auch mit gesundem Lymphdrüsengewebe positiv aus. Häufig ergaben kleine, etwa nussgrosse Tumoren eine intensivere Reaktion als grosse. Die Abderhaldensche Reaktion vermag somit für die Diagnose krebsiger Neubildungen wertvolle Dienste zu leisten. Die Ergebnisse dieses Verfahrens sind sicherer und exakter als die der anderen serologischen Methoden und die Technik ist nicht schwerer und komplizierter als die anderer Serumreaktionen. Deshalb gebührt dem Abderhaldenschen Dialysierverfahren eine der ersten Stellen in der Reihe der klinischen Untersuchungsmethoden bei Karzinom.)

267. Stammler, A., Diagnostische und therapeutische Krebsstudien. v. Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 92. Heft 4. (Die Ascolische Meiostagminreaktion kann ein wertvolles Mittel zur Diagnose des Krebses sein. Von der Abderhaldenschen Reaktion hatte er keine günstigen Resultate. Noch keine dieser Methoden gibt zurzeit sicheren Anhaltspunkt für die Diagnose. — Chemotherapie, serologische und biologische Therapie. Von den 15 mit Autolysat behandelten Fällen wurde 1 geheilt, 3 vorübergehend gebessert, bei 3 einschmelzende Wirkung auf den Tumor beobachtet, während bei den anderen kein Einfluss, aber auch keine Schädigung konstatiert wurde.)

268. Sternberg, C., Bemerkung zu dem Aufsatz von Roncali: Die Bedeutung der pathogenen Blastomyzeten für die Ätiologie des Karzinoms. Virchows Arch. Bd. 217. Heft 3. S. 476. (Roncalis Aufsatz cf. Nr. 234. Nach Ansicht des Verf. ist durch zahlreiche klinische und experimentelle Untersuchungen einwandfrei gezeigt worden, dass den Blastomyzeten keinerlei ätiologische Bedeutung für das Karzinom zukommt. Er ist von Roncali falsch zitiert worden.)

269. Strauch, F. W., Berichtigung zu der Arbeit „Experimentelle Übertragung von Geschwulstzellen" in der Berl. klin. Wochenschr. 1913, Nr. 31. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 24. S. 1154. (Bei einer erneuten eingehenden histologischen Untersuchung der grossen Kaninchentumoren kam Verf. zum Urteil, dass es sich nicht um echtes Blastom, sondern ins Gebiet der Granulationsgeschwülste gehöriges Gewebe handle.)

270. Stresemann, Neuere Untersuchungen über die Spezifität der Abderhaldenschen Fermentreaktion. Geb.-gyn. Ges. in Breslau. Sitzg. vom 17. Febr. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. Heft 5. S. 684. (Alle 21 Graviden bauten Plazenta ab, nicht Karzinom. Alle 8 Karzinomkranken bauten Karzinom ab, aber nicht Plazenta. Alle Nichtkarzinomkranken bauten Karzinom nicht ab. Vortragender glaubt auf Grund seiner Ergebnisse an die Spezifität der Abwehrfermente im Blutserum nicht mehr zweifeln zu dürfen. — Diskussion: Röhmann, L. Fränkel, Heimann.)

271. Takahashi, K., Uteruskarzinom im jugendlichen Alter. Dissert. in München. Juli.

272. Teass, C. J., Presentation of patient twenty months after operation for uterine cancer. Calif. State Journ. of Med. Bd. 12. Nr. 5. S. 179.

273. Theilhaber, A., Die Lehre von der humoralen Entstehung der Karzinome und der Einfluss dieser Lehre auf die Therapie. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 9. S. 206—207. (Mangelhafte Funktion der blutbildenden Organe als mitwirkendes Moment für die Entstehung des Karzinoms. Rein lokale Behandlung des Karzinoms ist infolgedessen nicht ausreichend. Die intensive Röntgen- und Radiumtherapie hat einen gewissen Nachteil in der Schädigung der blutbildenden Organe. — Behandlung der Milz mit Diathermie und Injektionen von Thymus-, Uterus- und Milzextrakt, um die Funktion der blutbildenden Organe zu steigern und starke Leukozytose hervorzurufen. Die Erfolge bezüglich der Verminderung des Schmerzes, des Ausflusses und der Blutungen sind günstig, viele inoperable Tumoren verkleinerten sich, einzelne verschwanden.)

274. — Die Entstehung des Krebses. III. Intern. Konf. f. Krebsforsch. vom 1.—5. August in Brüssel. Als Original erschienen i. d. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 13. S. 601—602. (Die „lokale Disposition" besteht in einer Verminderung, vor allem der Quantität, aber natürlich auch der Qualität der Bindegewebszellen und Rundzellen in der Nähe des Epithels. Diese Verminderung ist meist die Folge von umfangreichen alten Narben, den Resultaten stumpfer Verletzungen oder langjähriger chronischer Entzündungen. Steigernd wirkt der im gleichen Sinne wirkende Einfluss des Alters, des Klimakteriums, kachektische Zustände usw. Die „humorale Disposition" wird zum Teil hervorgerufen durch Störungen der Funktion der hämatopoetischen Organe, die ihrerseits wieder begünstigt werden durch atrophische Prozesse in denselben; unterstützend wirkt wohl zuweilen die Atrophie anderer Organe, die sonst kankrolytisch zu wirken scheinen, wie z. B. des Uterus. Die Geschlechtsdrüsen scheinen zu den kankrogenetischen Organen zu gehören.)

275. — Die Entstehung und Behandlung der Karzinome. Berlin, S. Karger. (182 Seiten; 17 Abb.; Preis Mk. 8.20 geb.) (Im wesentlichen eine Zusammenfassung der zahlreichen Arbeiten des Verf. auf diesem Gebiete.)

276. Thomas, J., La thérapeutique du cancer par les produits séléniés. Bull. gén. thérap. Nr. 11. S. 300. (Verf. kommt zum Schluss, dass die Selentherapie des Krebses wertlos sei. Spezifische Wirkung auf die malignen Zellen fehlt. Tellursaures Natrium ist weniger neurintoxisch, als das Selenat, ist aber noch weniger wirksam. Kolloidales Wolfram und kolloidales Silber haben gar keine Resultate ergeben.)

277. Tichow, I. I., Die Radikaloperation des Uteruskrebses per laparotomiam. I. russ. Krebskongr. in St. Petersburg, 31. März bis 3. April. Ref. Verhandl. d. I. russ. Krebskongr. in St. Petersburg. (Russisch.) (Zwecks Erweiterung der Grenzen der Operabilität und radikalerem Vorgehen werden empfohlen: 1. beiderseitige Unterbindung der Art. uterina und hypogastrica. 2. Transplantation der Ureteren, 3. Isolierung der Bauchhöhlen von den Organen des kleinen Beckens. — Über Dauerresultate kann wegen der kurzen Beobachtungszeit noch nicht berichtet werden. Die Primärmortalität betrug bei der Unterbindung der Art. uterina 23%, der Art. hypogastrica 16% und der Transplantation der Ureteren 15%. Erstere misslang einmal unter 200 Operationen.)

278. Tuchler, A. S., Cancer of the uterus; its medicinal treatment. Nat. eclect. med. assoc. quart. Bd. 5. Nr. 4. S. 342—345. (Allgemein- und lokale Behandlung des Gebärmutterkrebses mit Medikamenten.)

279. Ulesko-Stroganowa, K. P., Die bösartigen Geschwülste des weiblichen Genitalapparates. I. russ. Krebskongr. in St. Petersburg, 31. März bis 3. April. Ref. Wratsch.

Gaz. Bd. 21. Nr. 18. S. 750. (Russisch.) (Die Häufigkeit der bösartigen Geschwülste der weiblichen Genitalsphäre erklärt Verf. aus der häufigen Reizung derselben, die eine Hyperämie und Hyperplasie nach sich zieht. Die Hyperplasie ist nach Orth und Hansemann als „präkanzeröses" Stadium anzusehen.)

280. Unckell, M., Über die Ergebnisse der Wertheimschen Radikaloperation der Universitäts-Frauenklinik zu Strassburg. Dissert. in. Strassburg. Jan. (1901—1913 wurde an 103 Patientinnen die Wertheimsche Radikaloperation wegen Karzinom der Portio oder der Cervix ausgeführt. Primäre Mortalität 30%. Die Operation liegt bei 31 Fällen länger wie fünf Jahre zurück. Heilungsziffer 12%. Rechnet man die primären und interkurrenten Todesfälle ab, so ergeben sich bei diesen 51 Fällen 19% Heilung.)

281. Vaughan, J. W., Cancer vaccine and anticancer globulins as an aid in the surgical treatment of malignancy. The Journ. of the Amer. med. Assoc. Bd. 63. Nr. 15. 10. Okt. S. 1258—1265. (Resultat an den ersten 100 Patienten; einzelne sind sehr günstig; überhaupt scheint auf diesem Wege weiteres erfolgreiches Arbeiten nicht ausgeschlossen. Vaughan meint, dass diese spezifische Therapie die günstigsten Aussichten bietet, wenn nur noch wenige bösartige Zellen sich im Körper befinden, also bei kleinen Tumoren, nach der Operation und zur Vermeidung von Rezidiven. Die 100 Krankengeschichten werden alle kurz mitgeteilt; es sind darunter nur vereinzelt gynäkologische Karzinomfälle.)

282. Veit, J., Grundsätze unserer Behandlung des Uteruskrebses. Prakt. Ergebn. d. Geb. u. Gyn. Jahrg. 6. Heft 1. S. 149—162. (Cf. Jahrgang 1913 dieses Jahresberichts, Kap. „Strahlentherapie der Karzinome" b) Radium Nr. 150.)

283. Vermeulen, Ch., De chemotherapie van kanker. (Die Chemotherapie des Karzinoms.) Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. I. Hälfte. Nr. 4. S. 238—248. (Holländisch.) (Referierender Artikel über die Anwendung des Enzytol und der Metallkolloide in der Karzinomtherapie. Nicht speziell gynäkologisch. Eigene Erfahrungen werden nicht mitgeteilt.)

284. Versé, M., Das Problem der Geschwulstmalignität. Jena, G. Fischer. Preis Mk. 3.—. (88 Seiten mit 1 Tafel.) (Verf. zeigt die Unzulänglichkeit der Theorien Cohnheims und Ribberts und schliesst sich auf Grund seiner Untersuchungen vollkommen der von v. Hansemann, Hauser, Lubarsch, Marchand, Orth u. a. vertretenen Ansicht an, dass es sich bei der Krebszelle um eine in ihren biologischen Eigenschaften fundamental veränderte Zelle handelt. Solche biologisch entartete Zellen können sowohl aus embryonalen wie aus normalen fertigen Zellen des erwachsenen Organismus sich entwickeln. In weiteren Kapiteln kommen der Ursachenkomplex der Geschwulstbildung und die Versuche zur experimentellen Geschwulsterzeugung zur Sprache.)

285. Vogt, E., Zur Behandlung des inoperablen Uteruskarzinoms mit Azeton. Therap. Monatshefte. Heft 2. S. 123—125. (Technik der Behandlung, die auf Grund guter Erfahrungen, ihrer Einfachheit und Ungefährlichkeit dem Praktiker empfohlen wird. — Literatur.)

286. Wallersteiner, E., Untersuchungen über das Verhalten von Gesamtstoffwechsel und Eiweissumsatz bei Karzinomatösen. Diss. in. Heidelberg. Dez. Als Original erschienen i. Deutsches Arch. f. klin. Med. Bd. 116. Heft 1/2. S. 145—187. (Es liess sich bei ausreichender Ernährung stets annähernd Stickstoff-Gleichgewicht erzielen. Das Karzinom führt öfters zu einer erheblichen Steigerung des Gesamtstoffwechsels. Da eine Ursache für die Steigerung nicht aufgefunden werden konnte, wird sie im Sinne Fr. Müllers als toxische Steigerung bezeichnet.)

287. Wasielewski, Th., Demonstrationsvortrag über die Krebskrankheit. K. k. Ges. d. Ärzte in Wien. Sitzg. vom 16. Jan. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 4. S. 219. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 12. S. 577. Wiener med. Wochenschr. Nr. 6. S. 226. (Wie bekannt, wirken namentlich chemische, mechanische und parasitäre Reize mit, begünstigen vielleicht die Bildung von Krebsen, wenn man diese Reize auch nicht als Ursache der krebsartigen Bildungen ansehen kann. Parasitäre Reize führen, wie die Forschungen der letzten Jahre gelehrt haben, bei Tieren zu Gewebswucherungen, welche zuweilen den Charakter einer Geschwulst haben. Auf den einzelnen Parasiten als auch die in den tierischen Geweben durch sie gesetzten Veränderungen geht Verf. dann näher ein.)

288. Wedd, B. H., A. C. Morson and S. Russ, On the immunity conferred upon mice by radium-irradiated mouse carcinoma. Journ. of pathol. and bact. Bd. 18. Nr. 4. S. 566—571. (Diese Immunität wurde nachgewiesen; sie braucht zu ihrer Ausbildung einige Zeit. Der immunisatorische Effekt nimmt mit der Dauer der Bestrahlung ab.)

289. Weibel, W., Über Spätrezidive nach der erweiterten abdominalen Operation bei Carcinoma uteri. Arch. f. Gyn. Bd. 102. Heft 1. S. 141—151. (Die Nachforschungen nach Spätrezidiven der in der Klinik Wertheim Operierten ergaben für das Kollumkarzinom, dass die Prozentzahl der Rezidive vom ersten bis zum dritten Jahre beständig und beträchtlich abfällt, dann vom vierten bis siebenten Jahre konstant bleibt und dass das fünfte Jahr keine Grenze bildet; nach dem Ende des siebenten Jahres wurde kein Rezidiv mehr gesehen. Es genügt daher entweder die von den Chirurgen geübte dreijährige Kontrolle oder es muss für sichere Dauerheilung der Termin auf sieben Jahre erstreckt werden. Für das Korpuskarzinom ist eine dreijährige Kontrolle hinreichend. Es wird also für die Herabsetzung der üblichen fünfjährigen Kontrollzeit auf drei Jahre plaidiert, wenn auch seitens der Klinik Wertheim die Nachforschungen nach Spätrezidiven bis nach sieben Jahren fortgesetzt werden sollen.)

290. Weichselbaum, A., Ätiologie und Diagnose der bösartigen Geschwülste. Wiener med. Wochenschr. Nr. 26. S. 1442—1445. (Zusammenfassender Fortbildungsvortrag.)

291. Weinberg, M., Bewertung des Abderhaldenschen Dialysierverfahrens zur Diagnose und Differentialdiagnose maligner Geschwülste. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 29. S. 1617—1620. Nr. 30. S. 1685—1688. (Nur im Verein mit den klinischen Befunden ist die Methode wertvoll. — Erfahrungen an 28 Fällen. — Nur zwei Misserfolge.)

292. Weiss, E., Beitrag zur Karzinomfrage. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 2. S. 66—67. Ref. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 13. S. 339. (Verf. hat das Blut Magenkarzinomkranker nach der Abderhaldenschen Methode untersucht und fand gleich in den ersten Versuchen (vier! Ref.) die Vermutung bestätigt, dass in der Tat der Organismus des magenkarzinomkranken Menschen nicht befähigt ist, gegen parenteral einverleibte Substanz von anatomisch normaler Magenschleimhaut Abbaufermente zu produzieren, während der Organismus des Gesunden auf diesen Eingriff mit der Erzeugung solcher Abbaufermente antwortet. Er hält diesen Befund für eine wertvolle Stütze einer Reihe von Problemen betreffend der Karzinomgenese und -Diagnose.)

293. Weiss, E. A., Some diagnostic errors in differentiating lesions of the cervix. Including the annual report of the cancer commission of the medical society of the State of Pennsylvania. Pennsylvania med. Journ. Nr. 4. S. 301—306. (Nichts Neues.)

294. — et L. Sencert, Présentation de quelques pièces de carcinomes utérins enlevés par hystérectomie abdominale avec évidement pelvien. Réunion obst. et gyn. de Nancy. Sitzg. vom 22. Jan. Ref. Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn. de Paris. 3. Jahrg. Nr. 1. Jan. S. 66—70. (Demonstration der pathologisch-anatomischen Präparate von 12 abdominalen Totalexstirpationen. Eine Patientin ist primär an Infektion, eine später an Pneumonie zugrunde gegangen. Von den übrigen hat bisher — 8—12 Monate seit der Operation — eine Rezidiv. Technik der Wertheimschen Operation.)

295. Weller, C. V., Age incidence in carcinoma. Arch. of int. Med. Bd. 12. Nr. 5. S. 539 bis 545. (An einem Material von über 1100 Krebsfällen aller Art wurde festgestellt, dass der Krebs das Alter von 58—62 Jahren bevorzugt; später tritt dann eine Abnahme ein. Die Alterskurve verläuft beim männlichen und weiblichen Geschlecht parallel, jedoch schreitet die der Frauen der der Männer um 5—10 Jahre voran, was durch das frühe Auftreten von Brust- und Gebärmutterkrebs bedingt ist.)

296. Werner, P., Über gleichzeitiges Vorkommen von Karzinom im Uterus und in den Adnexen. Arch. f. Gyn. Bd. 101. Heft 3. S. 725—773. (Keineswegs seltenes Vorkommnis: es wurde unter 374 Radikaloperationen 14 mal gefunden, also in fast 4% aller Fälle. Nur in drei von diesen 14 Fällen liess sich die gegenseitige Unabhängigkeit der Tumoren mit einiger Sicherheit feststellen. Bei den 10 Fällen mit voneinander abhängigen Karzinomen waren in sechs Fällen die Adnexe [immer die Ovarien] primär und der Uterus sekundär, in vier Fällen der Uterus primär und die Adnexe [immer die Tuben] sekundär erkrankt. In den sechs Fällen von sekundärer Erkrankung des Uterus nach Ovarialkarzinom handelte es sich zweimal um eine Verbreitung des Prozesses per contignitatem und viermal um echte Metastasenbildung.)

297. — Bericht über die Tätigkeit des Samariterhauses zu Heidelberg vom 1. Oktober 1906 bis zum 1. Januar 1914. Bad. Landeskom. f. Krebsforsch. Sitzg. vom 7. März. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 12. S. 673—674. (Zahlenmässige Angaben über Frequenz, Art und Behandlung der malignen Erkrankungen, die im Samariterhause zur Aufnahme kamen; 1999 Patientinnen wurden operiert, 2281 mit Röntgenstrahlen behandelt. Fulguration, Lichtbogenoperation und Elektrokaustik hatten mässige Erfolge, ebenso Impfbehandlung, Antimeristem- und Coley-Toxininjektionen. Aus der sich anschliessenden Diskussion (Menge, Krönig, Czerny, Wilms, Heiden-

hain usw.) geht hervor, dass die chirurgischen Methoden vorläufig nur dort, wo sie mangelhaft wirken, von den radiologischen abgelöst werden können, aber überall, wo sie günstige Resultate ergeben, beizubehalten sind, während die radiologische Therapie die Aufgabe übernimmt, die Rückfälle zu verhüten. Das Enzytol hat sich in vielen hundert Fällen, insbesondere bei den radiologisch wenig beeinflussbaren inneren Krebsen zur Ergänzung der Tiefenwirkung und zur Strahlenersparung so gut bewährt, dass es unbedingt empfohlen werden kann.)

298. Wiener, E. und A. v. Torday, Eigenartig spezifisches Verhalten luetischer und karzinomatöser Sera gegen bestimmte Chemikalien. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 9. S. 429—430. (Kaliumgoldcyan-Reaktion [Ehrlichs Aldehydreagens]. — Technik. — Bei Karzinom war die Reaktion unter 25 Fällen 18mal, also in 72% positiv. Dieselbe kann nicht als Reaktion der Kachexie gedeutet werden.)

299. Willmoth, A. D., Tumor formation in plant and animal life; its relation to frequency of cancer in man. Kentucky State med. Assoc. Sitzg. vom 23.—25. Sept. Ref. The Journ. of the Amer. med. Assoc. Bd. 63. Nr. 17. S. 1502. (Allgemeines zur Prophylaxe.)

300. Wilson, Th., The results of radical operative treatment of cancer of the uterus. Clin. Congr. of Surg. of North America. 30. Juli. Als Original in The Lancet. Nr. 4744. 1. August. S. 318—321. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 19. Nr. 4. S. 456. (Seit Anwendung der Wertheimschen Operation Zunahme der Operabilität auf 32% und der Dauerheilung auf 10%.)

301. Wolff, J., Die Lehre von der Krebskrankheit von den ältesten Zeiten bis zur Gegenwart. Bd. 3. Teil II. Jena, G. Fischer. (618 Seiten; 3 Textbilder. Preis Mk. 17.—.) (Schilderung der nicht-operativen Behandlungsmethoden von frühesten Zeiten bis heute. Das Buch ist damit abgeschlossen.)

302. Yamanouchi, T. et M. Lytchkowsky, Sérodiagnostic du cancer. Zeitschr. f. Immunität u. exper. Ther. Bd. 20. Heft 4. S. 374—378. (Verff. haben aus 20 aseptisch gewonnenen Krebsen 13mal den Micrococcus neoformans von Doyen isolieren können. Dieses Antigen haben sie auf Komplementbindung mit den Seren einer grossen Zahl von krebskranken und krebsfreien Patienten untersucht. 144 Fälle von Krebs reagierten alle positiv, ausser sieben Fällen von Brustkrebs. Ferner reagierten von fünf Sarkomen zwei positiv und von 44 Syphilisfällen 10. Alle Gesunden mit Ausnahme eines einzigen Falles, bei dem Krebs nicht ganz sicher auszuschliessen war, reagierten negativ. Verff. halten die Reaktion mit Ausnahme des syphilitischen Blutserums für spezifisch für Karzinom.)

303. Zawacki, S., Vier Fälle von Gefässnaht bei der abdominellen Uterusexstirpation. Dissert. in. Berlin. Febr. (Genäht wurden die Vena iliaca externa dreimal, Iliaca communis einmal und zwar mit feiner Seide, jedesmal mit dem Erfolg völliger Blutstillung. In einem dieser Fälle trat danach eine Thrombophlebitis mit Exitus an Peritonitis ein.)

304. Zimmer, H., Über das Vorkommen des Korpuskarzinoms. Dissert. in. Strassburg i. E. März. (In den Jahren 1901—1913 kamen an der Frauenklinik in Strassburg 56 Fälle von Korpuskarzinom zur Beobachtung; 21,4% der Frauen befand sich noch nicht in der Menopause. Bei den anderen 44 war der Eintritt der Menopause weiter als gewöhnlich hinausgeschoben, im Durchschnitt bis zum 55. Lebensjahre. Schmerzen waren nur in der Hälfte der Fälle vorhanden. Der Wert der Probecurettage wird deshalb besonders betont.)

305. v. Zubrzycki, J. R., Studien über die Meiostagminreaktion bei Karzinom und Schwangerschaft. Arch. f. Gyn. Bd. 102. Heft 1. S. 152—164. (Die Reaktion mit rizinol-leinolsaurem Antigen ist bei Karzinom fast regelmässig positiv und kann daher bei positivem Ausfall mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit für die Diagnose des Krebses [wenigstens als Hilfsmittel] verwendet werden. Die praktische Verwendbarkeit der Meiostagminreaktion erfährt jedoch dadurch eine beträchtliche Einschränkung, dass sie in einem Prozentsatz der Fälle von Tuberkulose sowie anderer Erkrankungen positiv ausfallen kann und dass ferner die Sera der Schwangeren in späteren Monaten fast immer positiv reagieren. Das rizinol-leinolsaure Antigen übertrifft die in der Meiostagminreaktion bis jetzt gebrauchten Antigenarten durch seine einfache Darstellung, Haltbarkeit und Grösse der Ausschläge und erleichtert wesentlich die praktische Ausführbarkeit der Reaktion.)

306. Zweifel, E., Dauererfolge nach Rezidivoperationen bei Uteruskarzinomen. Arch. f. Gyn. Bd. 102. Heft 3. S. 411—431. (Bericht über 23 Fälle der Jenenser Frauenklinik. Davon wurden 20 im ganzen 31mal operiert. Es leben 30% nach einer durchschnittlichen Rezidivfreiheit von 7½ Jahren.)

Ätiologie, Genese, Immunität, Prophylaxe, Statistik.

Die **Ätiologie** des Krebses ist noch unbekanntes Gebiet. An Versuchen, darin etwas weiter einzudringen, fehlt es jedoch nicht. Die Annahme eines **parasitären Ursprungs** hat durch die Befunde Fibigers (79a), die von v. Hansemann (113) bestätigt wurden, eine Stütze gewonnen. Yamanouchi und Lytchkowsky (302) isolierten aus 20 aseptisch gewonnenen Krebsen 13mal den Micrococcus neoformans Doyen. — Barbet und Perraudin (13) neigen der Anschauung zu, dass das Karzinom durch ein Protrozoon hervorgerufen werde und richten demnach ihre Therapie ein. Auch Roncali (234) ist der Meinung, dass der Krebs infektiöser Natur sei, die Ätiologie aber von mehreren Parasitenarten und deren Toxinen gebildet werde. Sternberg (268) widerspricht Roncalis Behauptungen. Saul (245) hat die Beziehungen der Helminthen und Askari zur Geschwulstätiologie studiert.

Es wäre für unsere Kenntnisse der Ätiologie des Krebses von grösster Wichtigkeit, wenn es gelänge, Sicherheit über die **infektiöse Natur** des Krebses zu bekommen. Eine Untersuchung in England, nach der Existenz von „Karzinomhäusern“ und „Karzinomgegenden“ (38) hat vollkommen negatives Resultat ergeben. Auffallenderweise werden aber doch immer noch von Zeit zu Zeit Beobachtungen, wie die von H. F. (108) publiziert, bei der unter den Bewohnern einer vier Meilen langen Strasse innerhalb fünf Jahren 17 Karzinomfälle vorkamen.

Als feststehend anzusehen ist, dass **chronische Reize** aller Art, chemischer wie physikalischer und parasitärer Natur, begünstigend auf die Entstehung von Krebsen wirken. De Keating-Hart (143), Le Dantec (168), de Quervain (223), Ulesko-Stroganowa (279), Wasielewski (287) u. a. sprechen sich wieder in diesem Sinne aus. Harzbecker (cf. Kapitel „Strahlentherapie der Karzinome“, Nr. 75) sah ein Karzinom entstehen auf lupös veränderter Haut nach Bestrahlung. Green (103) sucht auf Grund statistischer Zustellungen in Frankreich und Schottland, Zusammenhang zwischen der Verwendung stark schwefelhaltiger Brennmaterialien und dem Vorkommen von Karzinom beim Menschen.

Ob nach dieser Richtung hin auch die Erklärung für das häufige Zusammentreffen von Karzinom mit Myom resp. Tuberkulose im selben Uterus zu suchen ist, lässt sich schwer entscheiden. Nach Croner (52) und Lipschitz (174) ist die Wahrscheinlichkeit eines ätiologischen Zusammenhanges von **Karzinom und Tuberkulose im selben Uterus** gross. Nach Göbel (99) und Jansen (135) wird die Entstehung von Karzinom im Uterus zweifellos durch die Gegenwart eines Myoms begünstigt. Jansen sah in seinem eigenen Myommaterial von 458 Fällen, von denen 306 operiert wurden, 13mal Korpuskarzinom, also in 2,8% der Fälle. Im Kapitel „Myome“ sind mehrere kasuistische Mitteilungen über das **Zusammentreffen von Myom und Karzinom** erwähnt worden.

Philippson (208) misst den pathologischen Sekreten des Uterus, der Cervix und der Vagina als chemische Gifte eine gewisse Bedeutung für das Auftreten eines Karzinoms bei. **Trauma** ist nach Graef (102) als Entstehungsursache von Geschwülsten stets mit grösster Sepsis zu betrachten. Buist und Valentine (36) beobachteten das Auftreten eines Karzinoms in einem **missbildeten Uterus** (Uterus septus bicollis).

Jedenfalls spielen ausser chronischen Reizen noch **andere Faktoren** eine mindestens ebenso wichtige Rolle. Hopmann (131) denkt dabei an eine abnormale Druckerhöhung des Nahrungseiweisses, Little (177) an gestörte wechselseitige Beziehungen zwischen bestimmten Zellgruppen des Körpers und die dazu gehörigen innersekretorischen Drüsen. Freund und Kaminer (93) haben sich eingehend mit den pathologischen Beziehungen organischer Säuren zum Karzinom beschäftigt. Theilhaber (273) lenkt die Aufmerksamkeit auf die mangelhafte Funktion der blutbildenden Organe als mitwirkendes Moment für die Entstehung des Karzinoms hin. Eine lokale Disposition soll in einer Verminderung vor allem der Quantität, aber natürlich auch der Qualität der Bindegewebszellen und Rundzellen in der Nähe des Epithels zum Ausdruck kommen.

Carr (41) hat sich eine Hypothese der **Karzinomgenese** ausgedacht, nach der jede Epithelzelle in direkter nervöser Verbindung mit dem Zentralnervensystem steht und Störungen in dieser Verbindung zur Umwandlung karzinomatöser Art der betreffenden Zellgruppe führen kann. — Fichera (80) sieht als Grundlage der Geschwulstgenese eine Disharmonie der chronischen und morphologischen Beziehungen der Gewebe an. Vielleicht ist eine Stütze für diese Ansicht zu finden in dem Befund von Weiss (292) bei Magenkarzinomkranken, dass der Organismus dieser Patienten nicht befähigt ist, gegen parenteral einverleibte Substanz von anatomisch normaler Magenschleimhaut Abbaufermente zu produzieren, während der Organismus des Gesunden auf diesen Eingriff mit der Erzeugung solcher Abbaufermente antwortet. Weiss hält diesen Befund für wertvoll für eine Reihe von Problemen betreffend der Karzinomgenese und -diagnose. — Boveri (31) sucht die Entstehung

maligner Tumoren aus der Beschaffenheit der Zellkerne abzuleiten; ein Defekt der Kerne, ein abnormer Chromosomenbestand, bedinge abnormes Wachstum der Zelle. In ähnlicher Weise denkt sich Guthrie (106) die Ursache des Krebses als eine Störung in der Atomgruppierung der Moleküle.

Duker (67) hat nach einer Methode von Pappenheim, die es ermöglicht, an Zellen festzustellen, ob sie mehr oder weniger unreif und mehr oder weniger differenziert sind, die histologischen Bilder verschiedener Karzinome mit denen des normalen Epithels, von dem sie ausgegangen sind, verglichen. In dem Resultat seiner Untersuchungen findet sich keine Stütze für die Richtigkeit der Karzinomentstehungstheorien von Cohnheim, Hegar, v. Hansemann und Rössle.

Über die **Biologie** der Geschwülste haben Moullin (196) und Versé (284) grössere Arbeiten verfasst. De Quervain (223) und Saint (243) sehen in gewissen Beziehungen eine Ähnlichkeit zwischen der Geschwulstbildung und der reparatorischen und entzündlichen Reaktion normalen Gewebes. Mit der Wachstumsphysiologie der bösartigen Geschwülste hat sich Friedenthal (94) befasst und auf Grund seiner Überlegungen Sauerstoffentziehung als Mittel zur Bekämpfung derselben angegeben.

Estes (76) glaubt an irgendwelche Umwandlungsmöglichkeit von Karzinom in Sarkom und umgekehrt unter Einfluss innersekretorischer Organe, speziell der Hypophyse.

Zur Erweiterung unserer Kenntnisse über die Biologie des Karzinoms werden vielfach **Versuche an Mäusen** herangezogen. Nach v. Hansemann (113) sind die Krebse beim Menschen und bei der Maus Erkrankungen ganz verschiedener Art und ist aus dem Studium der letzteren für die Praxis beim Menschen keinerlei Erfolg zu erwarten. — Henke (122) lieferte einen Beitrag zur Frage der Malignität der Mäusekarzinome. Die Übertragungsmöglichkeit des Mäusekrebses scheint nach experimentellen Untersuchungen von Henke und Schwarz (123), Praussnitz (217), Roffo (232) u. a. an das Vorhandensein intakter Zellen im Impfungsmaterial gebunden zu sein. Auch Apolant und Bierbaum (8) haben darüber Untersuchungen angestellt. Über die Lebensdauer der Mäusekarzinomzellen bei Bruttemperatur haben Russell und Bullock (241) Versuche gemacht. Keysser (150) publizierte seine Methode und Technik der Züchtung infiltrativer Mäusetumoren. Kelling (146) demonstrierte auf dem Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie mittelst sensibilisierter Embryonalzellen erzeugte Geschwülste. Koenigsfeld (154) ist die Immunisierung gegen Mäusekarzinom bei Mäusen, durch intensive Vorbehandlung mit Tumorextraktpulver in steigenden Mengen gelungen.

Maccabruni (187) hat nach einem modifizierten Verfahren nach Carrel menschliches Krebsgewebe zu **züchten** versucht. Es gelang ihm, üppiges Wachstum der Aussaat zu erzielen. Von den neugebildeten Elementen waren die meisten als Bindegewebszellen zu bezeichnen; die übrigen waren unbestimmter Art.

Ein orientierender Überblick über den derzeitigen Stand der experimentellen Krebsforschung stammt von Simon (260).

Statistiken über das **Vorkommen** und die **Häufigkeit** des Krebses sind aus den verschiedensten Weltteilen veröffentlicht worden. Bashford (15) fand in Amerika seit dem Jahre 1876 eine Zunahme der Krebskranken von 37,2 auf 80,5 zu 100000 Einwohnern. Ebenfalls aus Amerika stammen die Statistiken von Benedikt (19), Hoffmann (128) und Weiss (293). In England soll dagegen die Krebskrankheit nicht zunehmen (38). — Behla (17) hat die Gesamtmortalität an Krebs in Preussen im Jahre 1913 zusammengestellt und darin trotz der Strahlenbehandlung eine geringe Steigerung feststellen können. Auch vom Badischen Landeskomitee für Krebsforschung (159) sind wiederum Statistiken veröffentlicht worden. Lüpke (186) liefert in seiner Dissertation einen statistischen Beitrag zum Uteruskarzinom, während gleichfalls in einer Doktorarbeit Zimmer (304) nähere Angaben macht über das Vorkommen von Korpuskarzinom an der Strassburger Frauenklinik. Weller (295) hat aus einem grossen Material Statistiken über das Vorkommen von Karzinom in den verschiedenen Lebensaltern zusammengestellt.

Zur Kenntnis der **geographischen Verbreitung** des Krebses bringen v. Hansemann (112) und Kolb (155) neue Baustoffe heran. Letzterer bearbeitete die Topographie des Krebses in Bayern.

Wenn auch aller Wahrscheinlichkeit nach ein gewisses **Lebensalter** der Patienten das Auftreten des Krebses begünstigt, so sind doch wieder Fälle publiziert, in denen ausserordentlich jugendliche Personen von dieser Krankheit ergriffen wurden. Dissertationen über dieses Thema stammen von Holtz (130), Leprévost (170; Französisch) und Takahashi (271). Ayers (9) exstirpierte einem 17jährigen Mädchen mit gutem Dauererfolg den Uterus wegen Karzinom; eine 27jährige Frau war inoperabel erkrankt. Er stellt aus der

Literatur die Fälle zusammen von Frauen unter 30 Jahren, die an Uteruskrebs litten. Grad (101) sah ein 19jähriges Mädchen mit Korpuskarzinom. Ross (239) beschreibt sogar den Fall eines inoperablen Karzinoms vom Drüsenepithel der Uterusschleimhaut ausgehend bei einem $2^1/_2$jährigen Kinde. Weller (295) hat an Hand eines grossen Materials eine Alterskurve für das Auftreten des Krebses zusammengestellt.

Nach englischen Untersuchungen (38) konnte eine **Heredität** des Karzinoms beim Menschen nicht festgestellt werden.

Wedd, Morson und Russ (288) gelang es, bei Mäusen mittelst bestrahlten Karzinomgewebes eine **Immunität** gegen Karzinom hervorzurufen. Der immunisatorische Effekt nimmt mit der Dauer der Bestrahlung ab und braucht einige Zeit zu ihrer Ausbildung. — Aus dem Bestreben, eine künstliche Immunität gegen Karzinom beim Menschen herzustellen, ist die Autolysatbehandlung (s. d.) hervorgegangen.

Hauptsache bei dem **Kampfe gegen die Krebskrankheit** ist die frühzeitige Diagnose, welche ermöglicht werden muss durch Vermehrung der Kenntnisse der Hausärzte, Hebammen und des Publikums über die ersten Erscheinungen der Erkrankung. In diesem Sinne sind die Publikationen von Broun (32 und 33), Bryan (34), Childe (45), Engel (72), Forgue (85), Kennedy (149), Lambinon (164), S. Lewin (172), W. Meyer (194), Willmoth (299) u. a. verfasst. Meist wird eine Information des Publikums im Sinne Winters empfohlen. Krönig (161) kann sich jedoch mit dem Inhalte des vom Deutschen Zentralkomitee zur Bekämpfung der Krebskrankheit herausgegebenen Merkblattes nicht vereinigen. — Nach Carstens (42) dürfte kein bei einer Curettage herausbefördertes Gewebe ununtersucht verloren gehen. Childe (45) hält die Einrichtung unentgeltlicher mikroskopischer Untersuchungsstellen für erwünscht, während Forgue (85) den Frauen Blutungskurven in die Hand geben will, durch deren Gebrauch ihre Aufmerksamkeit auf Unregelmässigkeiten in der Menstruation hingelenkt werden soll. (Im Kapitel „Physiologie und Pathologie der Menstruation" sind ähnliche Kurven erwähnt.) — Fünf Professoren der Universität Basel haben ihre Vorträge über die Bekämpfung der Krebskrankheit herausgegeben (118). Espreáfico und Patino (74) heben in spanischer Sprache die Vorteile der frühzeitigen Diagnose bei malignen Neubildungen des Uterus hervor.

Histologie, Pathologische Anatomie, Chemie und Stoffwechsel.

v. Hansemann (113) macht auf die Schwierigkeiten der **mikroskopischen Diagnose** des Krebses und den Einfluss derselben auf die Beurteilung der Erfolge der Krebsbehandlung aufmerksam. Auch E. Schmidt (248) beschreibt ausführlich die histologischen Befunde bei einer schwierigen Diagnose eines Portiokarzinoms. Liegners Dissertation (173) handelt über die Histologie des Carcinoma cervicis uteri. Das **histologische Bild** des Verteidigungsprozesses des Organismus gegen die Zellwucherung des Krebses wird von Rubens-Duval (240) studiert, beschrieben und abgebildet.

Siredey (261) fand in 12 von 30 Fällen von Uteruskrebs gleich um die Karzinomnester herum einen ununterbrochenen Wall von charakteristisch gefärbten eosinophilen Zellen. Die Erscheinung soll unabhängig von Entzündungsprozessen in der Umgebung des Karzinomgewebes sein und hat wahrscheinlich den Zweck, eine Abwehr zu bilden gegen die von der Neubildung abgesonderten Gifte.

v. Hansemann [112) fand in den Tropen, dass Karzinome, die von der Epidermis ausgingen, keine Pigmentierung aufwiesen. Die Fähigkeit, Pigment zu bilden, geht also in den Krebsgeschwülsten verloren.

Als Band II des Liepmannschen Handbuches der gesamten Frauenheilkunde hat Frankl (90) die **pathologische Anatomie** und Histologie der weiblichen Genitalorgane bearbeitet. Von der Ribbertschen Geschwulstlehre (226) ist eine neue Auflage erschienen.

Ein Vergleich zwischen Entzündungsprozess und Tumorbildung wird von Saint (243) vorgenommen.

Sowohl Dinermann (64) wie Schneersohn (249) liefern in einer Dissertation einen Beitrag zum klinischen und pathologisch-anatomischen Studium des **Einflusses des Karzinoms auf den Harnapparat.** Clark und Keene (46) befassten sich mit demselben Thema.

Die **Ausbreitung und Metastasierung** des Uteruskrebses wurde von Haendly (109) an Hand der Operations- und Sektionsbefunde der in den letzten Jahren in der Berliner Universitäts-Frauenklinik beobachteten und behandelten Fälle studiert. Die Resultate bewegen sich im Rahmen der bisherigen Beobachtungen. — Über experimentelle Untersuchungen und Beobachtungen über die Metastasenbildung beim Mäusekrebs berichtet Koenigsfeld (154). Seine Erfahrungen stehen in diametralem Gegensatz zu der athrepti-

schen Theorie Ehrlichs. — Drutmann (65) hat in seiner Münchener Dissertation einen Fall von primärem Tubenkarzinom mit Übergreifen auf die Uterusschleimhaut genau beschrieben. In einer Berliner Dissertation veröffentlicht Litwak (178) einen Fall von primärem, papillärem Adenokarzinom des Corpus uteri mit Metastasen am Ovarium. Einen Fall von multiplen Metastasen im Gehirn, Niere und Lungen, an denen die Patientin zugrunde ging, ohne dass das primäre Karzinom im Cavum uteri Erscheinungen gemacht hatte, wurde von Lorenz (181) beschrieben. Ähnliche Beobachtungen **allgemeiner Karzinose** werden von Ferrari (cf. Kapitel „Karzinom und Schwangerschaft", Nr. 5) mitgeteilt. In einem der Fälle wurden über 300 kleine metastatische Tumoren gezählt.

Multiple primäre Karzinome wurden von Barwenka (14) und Czerwenka (54) an Mamma und Uterus, von Bonney (27) an der Cervix (Plattenepithelkarzinom) und am Corpus uteri (Adenokarzinom), von Händly (109) an den Adnexen und am Corpus uteri gefunden. Über das gleichzeitige Vorkommen von Karzinom im Uterus und in den Adnexen, was keineswegs ein seltenes Vorkommnis zu sein scheint, hat Werner (296) Untersuchungsresultate veröffentlicht. Dieses Zusammentreffen wurde unter 374 Radikaloperationen 14 mal gefunden, also in fast 4% aller Fälle. Nur in drei von diesen Fällen liess sich die gegenseitige Unabhängigkeit der Tumoren mit einiger Sicherheit feststellen. Bei den 10 Fällen mit voneinander abhängigen Karzinomen waren in sechs Fällen die Adnexe (immer die Ovarien) primär und der Uterus sekundär, in vier Fällen der Uterus primär und die Adnexe (immer die Tuben) sekundär erkrankt. In den sechs Fällen von sekundärer Erkrankung des Uterus nach Ovarialkarzinom handelte es sich zweimal um eine Verbreitung des Prozesses per contignitatem und viermal um echte Metastasenbildung. Egli (71) fand überhaupt unter 966 Tumorsektionen des Baseler Pathologischen Instituts in den letzten sieben Jahren 263 primär multiple Tumorfälle. Es soll eine besondere Neigung der Individuen zur Geschwulstbildung bestehen. Die Kombination ist aber eine zufällige.

Zur Frage der karzinomatösen **Implantationsmetastasen** im Uterus liefert Heinemann (121) einen kasuistischen Beitrag. Dürst (68) benutzte zu seiner Doktorarbeit den Fall eines Karzinoms in der Laparotomienarbe nach Totalexstirpation.

Die Arbeiten über das gleichzeitige Vorkommen von **Myom und Karzinom** im selben Uterus wurden schon im Kapitel „Myom" erwähnt.

Als pathologisch-anatomisch besondere oder seltene Formen des Uteruskarzinoms wurden u. a. beschrieben: **Adenokarzinome** von Bovee (30), Gemmell (98), Litwak (178; Dissertation), Macnaughton (188), Mendes de Leon (192) u. a. — **Maligne Adenome** von Drutmann (65) und Fitz Gibbon (83). Händly (110) demonstrierte ein **alveoläres Korpuskarzinom.**

Pyometra bei Karzinom war in den Fällen von Eden (69), Purslow (221), Roberts (229) und Spencer (265) entstanden.

Untersuchungen über den **Stoffwechsel** bei Karzinomkranken sind in grosser Anzahl veröffentlicht worden. Bestimmungen des **Stickstoffgehaltes im Urin** stammen von de Bloeme, Swart und Terwen (23). Reid (225), Robin (230 und 231) und Wallersteiner (286). Nach letzterem Untersucher liess sich bei ausreichender Ernährung stets annähernd Stickstoff-Gleichgewicht erzielen. Das Karzinom führt öfters zu einer erheblichen Steigerung des Gesamtstoffwechsels. Da eine Ursache für die Steigerung nicht aufgefunden werden konnte, wird sie im Sinne Fr. Müllers als toxische Steigerung zu bezeichnen sein. Untersuchungen über den **Kieselsäurestoffwechsel** bei Krebs sind von Kahle (140) angestellt worden und auch Desgrez (61) teilt Beobachtungen mit über den Urin bei Krebskranken.

Die Dissertation von Caufment (43) handelt über die **Anurie** beim Krebs des Uterus.

Diagnostik.

Allgemein **orientierende Arbeiten** über den heutigen Stand der Krebsdiagnose stammen aus der Feder von Daniel (57), Marenduzzo (190), Rigall (227), Weichselbaum (290) u. a.

Unter den diagnostischen Methoden hat sich heute die **Serodiagnostik** einen hervorragenden Platz errungen.

Die Methode der **Komplementablenkung nach v. Dungern** wurde in Freiburg i. Br. sowohl von Dietz (63) wie von Edzard (70) in einer Dissertation bearbeitet. Dick (62) hatte mit ihr gute Resultate. Apolant (7), Piorkowski (211) und Rosenthal (237) sind jedoch der Ansicht, dass der v. Dungernschen, ebenso wie allen anderen bisherigen Methoden trotz ihres hohen theoretischen Interesses vorläufig nur ein bedingter Wert für die Krebsdiagnose zuerkannt werden kann. Hara (115 bis 117) hat auf Veranlassung von v. Dungern eine grosse Anzahl chemischer Substanzen an Stelle des Extraktes zur Tumor-

reaktion verwandt, unter denen sich Maltose und Phenolphthalein für die Komplementablenkungsreaktion am geeignetsten erwiesen. Diese sind als Ersatzmittel des Blutextraktes durchaus brauchbar, wenn sie auch keine absolute Übereinstimmung aufweisen. Yamanouchi und Lytchkowsky (302) prüften den Micrococcus neoformans Doyen als Antigen auf Komplementbindung mit den Seren von 144 Krebsfällen, die bis auf sieben Brustkrebse alle positiv reagierten. Verff. halten die Reaktion für spezifisch für Karzinom.

Bei einem Vergleich der letztgenannten Reaktion mit der **Meiostagminreaktion nach Ascoli und Izar,** an 34 Sera von Tumorkranken vorgenommen, fand Hara (116), dass die Resultate dieser beiden Reaktionen sich nicht decken. Man könnte eher sagen, dass sie sich ergänzen. Die Meiostagminreaktion ist für die Serodiagnostik der malignen Geschwülste recht brauchbar, besonders wenn isotonische Traubenzuckerlösung zur Verdünnung des Serums angewandt wird, jedoch ist die Komplementbindungsreaktion immer noch etwas spezifischer. — Auch nach Apolant (7) und Rosenthal (237) hat sie nur vorwiegend theoretisches Interesse. Nach Blumenthal und Fränkel (24) ist sie für weibliche Genitalkarzinome nur schlecht verwendbar; dagegen gut bei Krebsen des Magendarmtraktus. Im ganzen waren bei 106 klinisch sicheren Karzinomen aller Art 74,5% der Reaktionen positiv. Bucco (35), Kelling (147), Roosen und Blumenthal (236), Stammler (267) u. a. hatten gute Resultate und halten die Reaktion für klinisch brauchbar. Izar (132 bis 134) selbst beschäftigte sich mit seiner Reaktion und glaubt, dass der Auffassung derselben als Immunreaktion durch die jüngsten Untersuchungen jeder Boden entzogen ist. Auch di Quattro (222) stellte Versuche über die Antigene an.

Die Ansichten über die klinische und diagnostische Brauchbarkeit und die Spezifizität der **Fermentreaktion nach Abderhalden** beim Karzinom sind noch recht verteilt. Die „Medizinische Klinik" (4) hat danach eine Umfrage an 15 deutsche Frauenkliniken veranstaltet und die Antworten publiziert. Es gibt eben so viele Autoren, welche den Wert der Methode für die Praxis nicht sehr hoch anschlagen als andere, die sie bereits für klinisch und diagnostisch brauchbar erklären. Manche Untersucher nennen die Reaktion absolut spezifisch, andere behaupten das Gegenteil. Zu denjenigen, die gute Resultate mit der Reaktion beim Uteruskarzinom erzielten und sie für wertvoll in der Praxis halten, gehören Blackstein (22; 91 Fälle), Erpicum (73; 51 Fälle), Fasciani (77), Fetzer (79), Lampé (165; 82 Fälle), Lowy (182), Guggenheimer (50 Fälle, cf. Pincussohn, 209), Schawlow (247), Ssokolow (266), Stresemann (270) u. a. Dagegen wird der Methode nur ein bedingter Wert für die Klinik und Diagnose anerkannt von Apolant (7), Ball (10 und 11; 50 Fälle), Benech (18), Bornstein (28), Bullock (37), Carles und Lousteau (40), Fiessinger und Siredey (81), E. Fränkel (87 bis 89), Fritsch (97), Heimann (120; 34 Fälle), Leitch (169), Oeller (198), Pincussohn (209), Piorkowski (211), Schumkowa-Trubina (251), Stammler (267), Weinberg (291; 28 Fälle) u. a. Meist ist es so, dass abgesehen von kachektischen Fällen zwar die Mehrzahl der Karzinomkranken eine positive Reaktion zeigt, dass aber auch Nichtkarzinomatöse (bis 35%), besonders Schwangere, ebenfalls positiv reagieren. Dies war auch das Ergebnis der Statistischen Erhebungen des „Imperial Cancer Research Fund" (38). Während einige Autoren, wie E. Fränkel (87; Erfahrungen mit der Reaktion am Institut für Krebsforschung in Heidelberg), Oeller (198), Schumkowa-Trubina (251) u. a. der Reaktion jeder Spezifizität in der Praxis entsagen, wird ihr diese Eigenschaft von Fasciani (77), Fetzer (79), Primsar (218), Stresemann (270) u. a. gerade zuerkannt. Abderhalden (1) selbst hält, abgesehen von den richtigen, alle Angaben über die Resultate seines Verfahrens für wertlos, wenn nicht genau angegeben wird, 1. was für ein Karzinom als Substrat zur Verwendung kam, und 2. welche Art von Karzinom beim Patienten vorlag. Weiter muss unbedingt auch mitgeteilt werden, in welchem Zustand der Patient sich befand (Anfangsstadium, Kachexie usw.). Abderhalden zweifelt nicht daran, dass sich bald herausstellen wird, weshalb zurzeit die Angaben über die Brauchbarkeit des Dialysierverfahrens zur Erkennung von Karzinom noch so sehr verschieden sind. Hauptsache bei der Karzinomuntersuchung ist, dass das befallene Gewebe bei der Anstellung des Versuches im Substrate zugegen ist.

Ball (10 und 11), Carles und Lousteau (40) und Piorkowski (211) haben technische Modifikationen in der Methode angegeben. Die Dissertation von Cytronberg (53) handelt über die Karzinomdiagnose mittelst des Abderhaldenschen Dialysierverfahrens. Slovtsov (264) schrieb eine russische Monographie über die Reaktion.

King (151) hat das Prinzip des Eiweiss-Abbaufermentnachweises in Form der **Koagulationsmethode nach Williams und Pearce** angewandt und ist über die Resultate sehr zufrieden.

Józsa und Tokeoka (138) konnten bei Krebskranken mit Hilfe der **Epiphaninreaktion** Antikörper des Krebseiweisses im Blute nachweisen. Die Reaktion war bei klinisch sicheren Karzinomen in 81,5% der Fälle positiv, bei karzinomfreien Kranken fast immer negativ.

Die **Reaktion nach Freund-Kaminer** wurde von Manna (189) angewandt in 26 Fällen. Der Ausfall der Reaktion stimmte mit den klinisch, pathologisch-anatomischen Befunden überein.

Die **Reaktion nach Kelling** wurde vom Verfasser selbst (147) modifiziert. Er bekam dann damit bei Karzinomen in 90% positive Resultate und bei Gesunden in ca. 97% negativen Ausfall der Reaktion. Auch Delbet (60) untersuchte das hämolytische Vermögen des Serums Krebskranker.

Die Methode der **Antitrypsinbestimmung** wurde von Delbet (60), Heimann (119), Joltrain (137) u. a. ausgeführt. Es kann dieser Methode anscheinend nur eine unterstützende Rolle für die Diagnosenstellung des Krebses anerkannt werden.

Pasetti (200) hat die **Reaktion nach Salomon und Saxl** an 46 Tumorkranken nachgeprüft und gefunden, dass sie in 56,1% der Fälle positiv ausfiel; negativ in allen Fällen von Lues. Die Methode soll brauchbar, aber nicht charakteristisch sein.

Wiener und v. Torday (298) fanden ein eigenartiges spezifisches Verhalten karzinomatöser Sera gegen **Ehrlichs Aldehydreagens.** Die Reaktion war in 72% der Fälle positiv; sie kann nicht als Reaktion der Kachexie gedeutet werden.

Cohnreichs Dissertation (50) handelt über die klinische **Bestimmung der Erythrozytenresistenz** bei Krebskranken, Hillgers Doktorarbeit (125) über die **Leukozytenresistenz** bei Karzinomatösen, besonders im Dienste der Krebsdiagnose. Lohmeyer (180) stellte eine verstärkte Wirkung der **proteolytischen Fermente der Leukozyten** bei Krebskranken fest.

Mit der Bestimmung der **Viskosität des Blutes** bei Karzinompatientinnen hatte Pestalozza (206) keine befriedigenden Resultate.

Harnuntersuchungen zu diagnostischen Zwecken wurden von de Bloeme, Swart und Terwen (23) vorgenommen. Sie fanden das ursprüngliche Salkowski-Kojo-Verfahren zur Bestimmung des kolloidalen Stickstoffs des Harns für die klinische Karzinomdiagnostik nicht verwendbar. Jedoch erfährt der adialysable Anteil des Niederschlags beim Karzinom eine deutliche Vermehrung. Reid (225) konnte feststellen, dass bei Kranken mit malignen Tumoren der Oxyproteinsäuregehalt im Harn zwar erhöht ist, jedoch bei beginnenden, nicht ausgedehnten Geschwülsten nur unwesentlich, so dass die Reaktion die Frühdiagnose nicht erleichtert. Eine Vermehrung der Aminosäuren im Harn soll nach Robin (230 und 231) eine Andeutung schnelleren Fortschreitens der Erkrankung sein.

Mit der **histologischen Diagnose** des Krebses haben sich Alberger (5) und viele andere Untersucher befasst, deren Arbeiten bei der Besprechung der Histologie Erwähnung finden. E. Schmidt (248) hatte in einem Falle Schwierigkeiten mit der mikroskopischen Differentialdiagnose zwischen tuberkulösen und karzinomatösen Veränderungen am Uterus.

Der Wert der **Probecurettage** wird von Zimmer (304) auf Grund seiner Untersuchungen nach dem Vorkommen von Korpuskarzinom besonders betont.

Cheval (44) hat einen Apparat konstruiert, der es ermöglicht, **photographische Aufnahmen von der Portio** herzustellen. Kraus (cf. Kapitel „Pathologie des Uterus", 5. „Sonstiges", Nr. 7) gibt ein Verfahren an, um **Gipsabgüsse der Portio** anzufertigen. Heineberg und Knipe (cf. Kapitel „Pathologie des Uterus", 1. „Allgemeines", Nr. 12 resp. 15) beschreiben Instrumente zur **intrauterinen Endoskopie.**

Die Bedeutung der **Kystoskopie** für die Diagnose des Krebses kommt unten, bei der operativen Behandlung des Uteruskrebses, zur Sprache.

Forgue (85), Figueroa und Mac Farlane (cf. Kapitel „Physiologie und Pathologie der Menstruation", Nr. 31 resp. 75) empfehlen aus diagnostischen Gründen den Gebrauch von **Blutungskurven** zur Erleichterung der Beurteilung von Stärke und Dauer des vaginalen Blutverlustes.

Poprawskis Dissertation (215) handelt über die Forderung der Karzinomdiagnose durch das **Röntgenbild.**

Gordon (100) meint die Beobachtung gemacht zu haben, dass bei Krebskranken die **Herzdämpfung** beim Liegen kleiner ist wie beim Stehen.

Über die Art der neuen Methode Hinrichs (126) zur Diagnose der bösartigen Geschwülste gibt der Titel der Dissertation keinen Aufschluss.

Operative Behandlung.

Allgemeines über die chirurgische Behandlung der Uteruskrebse, über deren Indikationen und die verschiedenen operativen Methoden findet sich in den Publikationen von Botin (29; Spanisch), Can Dela y Pla (39; Spanisch), Cobb (47 und 48; Amerikanisch), Crile (51), Esquerda (75; Spanisch), Faure (78), Franz (92), Gutierrez y Gonzalez (107; Spanisch), Hedinger usw. (118), v. d. Hoeven (127; Holländisch), Kakuschkin (141; Russisch), Pujol y Brull (220; Spanisch), Simon (256), Veit (282), Werner (297) u. a.

Zur Beurteilung der **Operabilität** zieht Bégouin (16) das Symptom der Schmerzen heran; letztere sollen jedoch nicht immer ein Zeichen sein, dass die Neubildung bis ins Ligamentum latum fortgeschritten ist und können auch von einer gleichzeitigen Adnexentzündung herrühren. Daniel (58) hat versucht, genau die Grenzen der Operabilität der Cervixkrebse festzustellen. Welche Bedeutung der **Kystoskopie** zur Bestimmung der Operationsmöglichkeit zukommt, hat Dawydoff (59) festzustellen versucht. Auf Grund von 120 eigenen Fällen gibt dieser Autor an, dass bei normalem kystoskopischem Bilde die volle Garantie dafür gegeben ist, dass beim Ablösen der Blase keine Schwierigkeiten eintreten werden. Franco (86) veröffentlicht über dasselbe Thema eine Arbeit. Zwei Dissertationen, die von Dinermann (64) und Schneersohn (249) und die Arbeit von Clark und Keene (46) beschäftigen sich mit den klinischen und pathologisch-anatomischen Beziehungen zwischen Uteruskarzinom und Harnapparat.

Allgemeine **statistische Angaben** über Operabilität, Mortalität und Rezidive nach Krebsoperationen an europäischen und amerikanischen Kliniken finden sich in den Publikationen von Cobb (47 und 48), v. d. Hoeven (127), Korante (156; französische Dissertation), Kouinne (158; Dissertation in Genf), Lüpke (186; Dissertation in Tübingen), Rosenthal (238) u. a.

Speziell über die **erweiterte abdominale Totalexstirpation nach Freund-Wertheim** sind mehrere Arbeiten erschienen, die sowohl direkte und Dauerresultate wie Technisches enthalten. Das **Technische** wird im Kapitel „Gynäkologische Operationslehre" referiert. Was die **Resultate** betrifft, hatte Cobb (48) auf 34 Operationen eine Primärmortalität von 14,3% (auf sieben Fälle von einfacher abdominaler Exstirpation wegen Korpuskarzinom kein einziger Todesfall). Die 21 Fälle Kakuschkins (141) liegen erst höchstens 1½ Jahre zurück. Korante (156), Kouinne (158) und Unckell (280) berücksichtigten diese Frage in ihren Dissertationen. Nach letzterem Autor wurden 1901—1913 in der Strassburger Universitäts-Frauenklinik an 103 Patientinnen die Wertheimsche Radikaloperation wegen Karzinom der Portio oder der Cervix ausgeführt. Die primäre Mortalität betrug 30%. Die Operation liegt bei 51 Fällen länger wie fünf Jahre zurück. Heilungsziffer 12%. Rechnet man die primären und interkurrenten Todesfälle ab, so ergeben sich bei diesen 51 Fällen 19% Heilung. Im Obuchow-Frauenhospital (Kriwsky, Nr. 160) wurden von 736 Fällen von Uteruskrebsen 18,4% operiert, d. h. 109 Kranke. Von diesen starben 15 = 13,7%. Rezidivfrei waren 11 Patientinnen noch 2—3 Jahre nach der Operation; 27 bekamen Rezidive, von den übrigen fehlen Nachrichten. Prima intentio wurde in 50% erzielt. Weiss und Sencert (294) haben Erfahrungen an 12 Fällen, von denen zwei primär starben und von den übrigen nach 8—20 Monaten eine Rezidiv hat. Wilson (300) veröffentlicht aus Amerika eine Dauerheilung von 10%. Dobbert (cf. Kapitel „Strahlentherapie der Karzinome", Nr. 45) hatte bei seinen 109 Operationen eine Mortalität von 8,2%. In der Leipziger Frauenklinik (Zweifel, cf. Kapitel „Strahlentherapie der Karzinome", Nr. 233) beträgt die Dauerheilungsziffer der operativen Behandlung des Uteruskrebses 51 resp. 44,5%.

Von grossem Interesse sind die Nachforschungen, die Weibel (289) anstellte nach den **Spätrezidiven** bei an der Klinik Wertheim operierten Krebskranken. Diese ergaben für das Kollumkarzinom, dass die Prozentzahl der Rezidive vom ersten bis zum dritten Jahre beständig und beträchtlich abfällt, dann vom vierten bis siebenten Jahre konstant bleibt und dass das fünfte Jahr keine Grenze bildet. Nach dem Ende des siebenten Jahres wurde kein Rezidiv mehr gesehen. Es genügt daher entweder die von den Chirurgen geübte dreijährige Kontrolle, oder es muss für sichere Dauerheilung der Termin auf sieben Jahre ausgedehnt werden. Für das Korpuskarzinom ist eine dreijährige Kontrolle hinreichend.

Spencer (265) berichtet über eine Frau, die jetzt sieben Jahre nach der Operation rezidivfrei blieb; Drüsen wurden damals nicht gefunden.

E. Zweifel (306) hat die **Dauererfolge nach 23 Rezidivoperationen** der Jenenser Frauenklinik zusammengestellt. Es leben von den Patientinnen noch 30% nach einer durchschnittlichen Rezidivfreiheit von 7½ Jahren.

Übrigens hat Haim (111) Ratschläge publiziert, die allgemeine Peritonitis bei Operationen im kleinen Becken, insbesondere bei der erweiterten abdominalen Totalexstirpation möglichst zu verhüten.

Cobb (48) macht Morbiditäts- und Mortalitätsvergleiche zwischen der erweiterten und der einfachen abdominellen Radikaloperation.

Zwecks **Erweiterung der Grenzen der Operabilität** und radikaleren Vorgehens empfiehlt Tichow (277): 1. beiderseitige Unterbindung der Arteria uterina und hypogastrica; 2. Transplantation der Ureteren; 3. Isolierung der Bauchhöhle von den Organen des kleinen Beckens. Über Dauerresultate kann wegen der kurzen Beobachtungszeit noch nicht berichtet werden. Die Primärmortalität betrug bei der Unterbindung der Arteria uterina 23%, der Arteria hypogastrica 16% und der Transplantation der Ureteren 15%. Erstere misslang einmal unter 200 Operationen. Ebenso wie Tichow empfehlen auch Proust und Maurer (219) die **Unterbindung der Arteria hypogastrica** zur Erweiterung der abdominalen Totalexstirpation.

Die **Gefässnaht** lässt sich mit Erfolg ausführen, wie Zawacki (303) aus eigener Erfahrung mitzuteilen weiss. Dreimal wurde die Vena iliaca externa, einmal die iliaca communis genäht. Eine Patientin ging an Thrombophlebitis und Peritonitis zugrunde.

Auch Latzko (166) musste bei einer Patientin die **Resektion der Vena iliaca externa dextra** vornehmen, weil ein Drüsenpaket innig mit der Venenwand verwachsen war.

Die Dissertation von Kotzulla (157) handelt über die **Chirurgie der tiefen Beckendrüsen.**

Ureterenverletzungen wurden von Franz (91) und Kayser (142) beschrieben. Letzterer gibt eine Übersicht über sämtliche derartige Fälle, die in der Charité-Frauenlinik seit Oktober 1910 zur Behandlung kamen. Tichow (277) hatte mit seiner Ureterentransplantation angeblich 15% Primärmortalität.

Poucher (216) publizierte zwei Fälle, die trotz sicher nicht radikaler Operation jetzt 9 resp. 3 Jahre rezidivfrei geblieben sind, was er an einer postoperativen Infektion zuschreibt.

Ein Fall von **Karzinom in der Laparotomienarbe** nach Totalexstirpation des karzinomatösen Uterus wird von Dürst (68) veröffentlicht.

Ob **vaginal oder abdominal** zu operieren sei, kommt u. a. in den Arbeiten von Esquerda (75), Faure (78) und Kakuschkin (141) zur Sprache.

Leistungsfähigkeit und Indikationen der **vaginalen Radikaloperation** beim Uteruskrebs werden von Jung (139) und Rosenthal (238) einer eingehenden Betrachtung unterzogen. Besonders letzterer geht auf die Technik nach Schauta näher ein.

Die **Ligatur der Arteria hypogastrica** beim inoperablen Uteruskrebs kam im Ungarischen Ärzteverein zur Diskussion. Die histologischen Befunde im Tumor, vier Monate nach der Operation, werden von Frigyesi (96) beschrieben. Bársony (96) übt dieses Verfahren in allen Grenzfällen; die Kranken erholen sich bald. Doch zirka jeder dritte Fall wird nach vier- bis fünftägigem Wohlbefinden plötzlich ungünstig, der Puls wird frequent und die Kranke stirbt an Herzsymptomen. Barsony glaubt an Autointoxikation des vom frischen Blute abgesperrten Organes als Todesursache. Tóth (96) versuchte die Operation erfolglos in einem inoperablen Falle zur Stillung der heftigen Blutungen. Das Präparat zeigte starke Anastomosen von allen Seiten. Kubinyi stimmt dem bei.

Boldt und seine Diskussionsredner (25), Grad (101) und Saltykow (244) glauben durch **Curettage** ein Korpuskarzinom geheilt zu haben, konnten wenigstens später auf keine Weise noch karzinomatöse Veränderungen im Uterus nachweisen, resp. die Patientin blieb bisher rezidivfrei.

Nichtoperative Behandlung (ausschliesslich der Strahlentherapie).

Natürlich handelt es sich dabei an erster Stelle um Fälle, bei denen radikale Entfernung der karzinomatösen Neubildung durch Operation nicht mehr möglich ist. Eine **Übersicht über die in Frage kommenden Verfahren** und der Indikationen dazu ist zu finden in den Publikationen von Daniel (57), Floercken (84), Frigyesi (95), de Keating-Hart (145) und besonders Wolff (301), der im III. Band, II. Teil (Schlussband) seines Sammelwerkes über die Lehre von der Krebskrankheit von den ältesten Zeiten bis zur Gegenwart eine Schilderung gibt von allen früheren und noch gebräuchlichen nichtoperativen Behandlungsmethoden.

Die **thermokaustische Behandlung** hat besonders Percy (202 bis 204) zu einem eigenen Verfahren ausgearbeitet und Zinke (cf. Kapitel „Strahlentherapie der Myome", Nr. 85) weiss über gute Resultate mit der Methode in der Praxis zu berichten. Kelly und Neel

(148) glauben, durch Kauterisation inoperable Tumoren operabel machen zu können. Nach de Keating-Hart (144) soll die operative Therapie mit der Fulguration kombiniert werden. Aber auch bei Röntgen- und Radiumbehandlung wird dadurch bei vielen inoperablen Tumoren die therapeutische Wirkung gesteigert.

Zur **Kaustik mit chemischen Mitteln** wird von Ducor (66) Kalziumkarbid, von Mendes de Leon (193) Chlorzinkpasta, von Roith (233) Arsenpasta, von Voigt (285) Azeton emppfohlen. Alle diese Autoren berichten über günstige Erfolge ihrer Therapie an einigen Fällen aus der Praxis.

Seyderhelm (255) fand bei Karzinommäusen eine elektive Wirkung des **elektrischen Schwachstromes** auf die Tumorzellen, analog den Röntgenstrahlen. Die Anwendung am lebenden Menschen findet aber ihre Grenze an der Unfähigkeit, bei der Durchströmung grösserer Körperteile die Stromdichte zu beherrschen.

In letzter Zeit ist die **Serumbehandlung** sehr in den Vordergrund getreten, Berkeley (20) hat schon Erfahrungen über drei Jahre mit einem eigenen Antiserum und teilt ausführlich an Hand von Krankengeschichten die Resultate mit. Vaughan (281) ist sehr zufrieden über die Behandlung der ersten 100 Karzinomkranken mit einem Vakzin. Auch Abderhalden (3) hat versucht, ein Serum zu bereiten, das gegen Tumoren eingestellt ist. Er hoffte damit erstens Besserung herbeiführen zu können durch fermentative Entfernung der im Blute kreisenden blutfremden Stoffe; dann wäre die Möglichkeit gegeben, dass es gelingen werde, die Tumorzellen selbst zu beeinflussen. Die bisherigen Erfahrungen haben gezeigt, dass in einzelnen Fällen das Allgemeinbefinden und in ganz vereinzelten auch das Karzinom günstig beeinflusst worden ist. Es liegt ein Obduktionsbefund vor, der sicher beweist, dass das angewendete Serum auf das vorhandene Karzinom energisch eingewirkt hat. Zu demselben Resultat kommt Kohlhardt (154a) auf Grund von Erfahrungen an 4 eigenen Fällen. Auf welchem Grunde er das von ihm benutzte Serum den Namen Abderhaldens beilegt, ist nicht recht klar.

Allmann (cf. Kapitel „Strahlentherapie der Karzinome", Nr. 3) hat drei Frauen Serum von bestrahlten Patienten eingespritzt; sie befinden sich klinisch von allen Karzinomkranken am besten. Green und Konrad (104) haben mit der Aszitesflüssigkeit eines inoperablen Karzinomfalles die Patientin selbst und fünf andere, die gleichfalls an inoperablem Gebärmutterkrebs litten, vier Monate lang gespritzt. Der Erfolg war nur sehr gering und Besserung liess sich nur in zwei Fällen feststellen. Auf die Neubildung übte die Injektion keinen Einfluss aus.

Bei Mäusen konnte Koenigsfeld (154) durch intensive Vorbehandlung mit Tumortrockenpulver in steigenden Mengen fast stets und einwandsfrei einen Schutz gegen eine nachfolgende Impfung mit einem vollvirulenten Tumor (Mäusekarzinom) herstellen. Oft wurde eine Rückbildung schon angegangener Tumoren beobachtet. Vorbehandlung mit getrockneten normalen Geweben hatte dagegen keine Immunität zur Folge. Koenigsfeld verspricht sich von dieser Autovakzination auch beim Menschen Erfolg.

Fichera (80) nimmt das Prioritätsrecht für die **Autolysatbehandlung** der Karzinome in Anspruch, mit der jedoch Lunckenbein (184 u. 185) schon mindestens ebenso lange Versuche gemacht hat. Lunckenbein selbst (185) hält auf Grund seiner jetzt etwa 40 Fälle umfassenden Erfahrungen die systematisch durchgeführte intravenöse Einspritzung von Tumorextrakten für eine der erfolgreichsten Methoden der bisherigen Krebstherapie. Durch die Einverleibung der Geschwulsteiweisskörper wird die Bildung spezifischer, auf das Substrat eingestellter Fermente angeregt, die sich der eigenen Abwehrtätigkeit des Körpers harmonisch anpasst und sie im Kampfe mit dem Tumor unterstützt. Die Wirkung macht sich schon nach den ersten Einspritzungen durch Verkleinerung und Beweglichwerden der Geschwülste geltend. Man muss aber die Injektionen sehr lange fortsetzen, um gute Resultate zu erzielen. Anaphylaktische Erscheinungen wurden bisher nicht beobachtet. Als Extraktmaterial wurde ausschliesslich Mammakarzinom benutzt.

Auch Pflaumer (207) hat schon in 15 Fällen die Autolysatbehandlung mit Lunckenbeinscher Technik versucht. Der Autor bezeichnet sein Material nicht als Autolysat, sondern als Extrakt. Völlige Heilung wurde in keinem Falle erzielt, doch wurden bei ulzerierten Krebsgeschwülsten oberflächliche Nekrotisierung und Reinigung des Geschwürs beobachtet. Durch Sensibilisierung der Geschwulst auf chemischem oder physikalischem Wege und gleichzeitiger Extraktbehandlung ist wahrscheinlich Einwirkung nicht nur auf den schon hinfälligen Teil der Geschwulst, sondern auch auf ihren eigentlichen Wachstumsbezirk zu erwarten.

Pionitzki (20) hat über die Behandlung des Krebses mit Autolysaten eine Dissertation verfasst. Polák (213) hatte mit ihr weder bei intramuskulärer noch bei intravenöser

Applikation Erfolg. Schädliche Nebenwirkungen traten bis auf eine rasch vorübergehende Schmerzhaftigkeit an der Injektionsstelle und leichte Temperatursteigerungen nicht auf. Dagegen teilt Schubert (250) einen Fall mit, bei dem es nach intravenöser Injektion des Lunckenbeinschen Extraktes zu schweren Kollapserscheinungen kam. Vorsichtiges Vorgehen ist unbedingt notwendig. Stammler (267) hat von 15 mit Autolysat behandelten Fällen einen heilen sehen. Drei wurden vorübergehend gebessert, bei dreien konnte man eine einschmelzende Wirkung auf den Tumor beobachten, während bei den übrigen kein Einfluss, aber auch keine Schädigung konstatiert wurde.

Blumenthal und Lewin (cf. Kapitel „Sarkome", Nr. 3) machen den Vergleich zwischen der Chemotherapie und der Autolysatbehandlung bei Sarkomratten und kommen zum Schluss, dass die Ergebnisse der letzteren erheblich besser sind. Besonders die langsame Wirkung ist der Vorteil der Tumorextraktbehandlung.

Übersichtliche Zusammenfassungen über **Stand und Aussichten der Chemotherapie** des Karzinoms sind von Mayerol (191; Spanisch), Roffo (232; Spanisch), Schwenk (254), Tuchler (278) und Vermeulen (283; Holländisch) erschienen. Keysser (150) hat die Wassermannschen Tierversuche mit Eosin-Selen fortgesetzt. Roffo (232) sah von diesen Injektionen bei Ratten gute Erfolge. Pentimallis chemotherapeutische Tierversuche an Karzinommäusen (201) dagegen fielen negativ aus. Gelegentlich von anderen Forschern gefundene Nekrosen sind aller Wahrscheinlichkeit nach auf traumatische und andere akzidentelle Einflüsse zurückzuführen. Verflüssigung des Tumors bedeutet noch keine Heilung, sie bewirkt aber Autoimmunisation.

Von der **Enzytol-** resp. **Cholinbehandlung,** die aber vorwiegend in Kombination mit der Bestrahlung angewandt wird, haben Rapp (224), Ritter und Allmann (228) u. a. Erfahrungen mitgeteilt.

Über die Wirkung der **Metallkolloide** (kolloidales Selen, Kupfer, Elektrokobalt usw.) sind die Meinungen geteilt. Auch sie kommt zumeist zusammen mit der Strahlenbehandlung in Anwendung. Man siehe deshalb die in dem betreffenden Kapitel „Strahlentherapie der Karzinome" referierten diesbezüglichen Arbeiten nach. Daels (55 und 56), Knauer (152) u. a. haben diese Therapie aufs wärmste empfohlen und schon wiederholt günstige Erfahrungen darüber mitgeteilt. Vollständiges Verschwinden der Tumoren konnte jedoch nicht festgestellt werden. Dagegen hält Thomas (276) die Selentherapie für völlig wertlos. Spezifische Wirkung auf die malignen Zellen kommt ihr nicht zu, welches Präparat auch in Anwendung kommt. Popow (214) hat seine Dissertation über dieses Thema verfasst und auch Hölder (87) und Klotz (cf. Kapitel „Strahlentherapie der Karzinome", Nr. 106) haben darüber grössere Arbeiten publiziert.

Nach Krym (162) ergab bisher die Chemotherapie bösartiger Neubildungen nur im Tierexperiment ermunternde Resultate. Beim Menschen ist sie gänzlich ergebnislos geblieben. Eine Besserung im subjektiven Befinden mancher Patientinnen erklärt sich wohl durch psychische Beeinflussung.

Jayle (136) sah von der Verabreichung von **Hypophysenextrakt** bei einem inoperablen Karzinom Aufhören der Blutung und Jauchung, Besserung der Schmerzen und Kräftigung des Allgemeinbefindens. Der Lokalzustand änderte sich jedoch nicht.

Barbet und Perraudin (13) empfehlen auf Grund ihrer Anschauung, dass das Karzinom durch ein Protozoon hervorgerufen werde, tägliche intramuskuläre Injektionen von 3—4 ccm **Sol. chinin. hydrochloric.** 1 : 10, die lange Zeit fortgesetzt werden müssen. Schmerzen, Blutungen, Ausflüsse und Allgemeinzustand werden angeblich günstig beeinflusst; inoperable Tumoren werden eventuell operabel; nach Radikaloperationen werden Rezidive verhütet.

Morosoff (195) hat in 14 Fällen von inoperablen Karzinomen täglich ein Klysma aus **Jodkalium** verabreicht und subkutan Natr. arsenicosum injiziert. Er behauptet, Besserung der lokalen und allgemeinen Erscheinungen, dagegen Steigerung der Blutungen infolge dieser Behandlung auftreten gesehen zu haben. Allmann (cf. Kapitel „Strahlentherapie der Karzinome", Nr. 4) gibt Jodkalium innerlich zur Verstärkung der Strahlenbehandlung.

Friedenthal (94) will durch **Sauerstoffentziehung** den Krebs günstig beeinflussen.

Nach v. Hansemann (113) ist von internen Mitteln nur bei solchen Erkrankungen Erfolg zu erhoffen, die auch dann und wann **spontan heilen.** Echte Krebse gehören jedoch nicht dazu; sie heilen nie von selbst.

Strahlentherapie der Karzinome[1]).

(S. a. „Strahlentherapie der Myome" und für die Technik: Kap. II, „Elektrizität usw.")

1. Abbe, R., Die Anwendung von Radium bei Karzinom und Sarkom. Strahlentherapie. Bd. 4. Heft 1. (Cf. dieses Kapitel Jahresbericht 1913. Nr. 1.)
2. Aikins, W. H. B., The value of radium in malignant gynaecological conditions. Canada Lancet. Bd. 47. Nr. 10. S. 742—748. (Übersicht. Nichts Eigenes.)
3. Allmann, J., Zur nichtoperativen Karzinombehandlung. Strahlentherapie. Orig. Bd. 4. Heft 2. S. 626—635. (Technik der Mesothoriumbestrahlung im Hamburger Krankenhaus St. Georg: 150—200 mg je 24 Stunden mit 2—5wöchentlichen Pausen. Messingfilter. Tenesmen und leichte Blasenstörungen sind nicht immer zu vermeiden. Fast immer wurden Intoxikationserscheinungen, wie Störungen von seiten des Nervensystems, Appetitmangel, Gewichtsverlust, Temperatursteigerungen usw. beobachtet. Grosse Tumormassen sind deshalb mit Messer oder Paquelin zu entfernen, geschlossene Karzinome zu öffnen. Jodwasserstoffsaures Cholin [intravenös oder subkutan] machte niemals Schmerzen, wie Enzytol. Drei Frauen bekamen Serum von bestrahlten Patientinnen eingespritzt; sie sind klinisch von sämtlichen Karzinomkranken die besten Von 85 starben 15; 15—20 inoperable Fälle wurden durch die Behandlung operabel. 15 mit Rezidiven resp. die eine Operation ablehnten sind beschwerdefrei und arbeitsfähig geworden. Die anderen sind noch in Behandlung.)
4. — Die unblutige Karzinombehandlung. Vereinig. nordwestdeutsch. Chir. in Hamburg. Sitzg. vom 7. Febr. Geb. Ges. zu Hamburg. Sitzg. vom 10. März. Ref. La Gyn. Mai. S. 377—378. Diskussion 24. März: Seeligmann, Spaeth, Prochownick, Frank, Staude usw. Als Original erschienen i. d. Deutsch. med. Wochenschr. Nr. 21. S. 1064—1066. (Bei 80 Frauen mit Uteruskarzinom, welche mit Mesothorium behandelt wurden, ergab sich mit der Zeit als das zweckmässigste Verfahren: Bestrahlung mit grossen Dosen [150—200 mg] kurze Zeit, nicht umgekehrt; besser etwas länger als zu kurze Pausen; Filterung mit 1 mm vernickeltem Messing; zur Ausschaltung der Sekundärstrahlen wird Karton zwischengelegt. Nebenher innerlich Arsen oder Jod [2,25 Jodkali pro die] oder endlich Cholin; am besten hat sich die subkutane Injektion von jodwasserstoffsaurem Cholin (Bayer & Co.] bewährt.)
5. Altschul, W., Über den derzeitigen Stand der Strahlentherapie. Fortschr. d. Med. Nr. 9. S. 250. (Allgemeines. — Indikationen zur Bestrahlung maligner Geschwülste am Heidelberger Samariterhause.)
6. Amann, J. A., Bisherige Resultate der Mesothoriumbehandlung bei Uteruskarzinom in der kgl. II. gynäkologischen Universitäts-Klinik. Bayr. Ges. f. Geb. u. Frauenheilk. Sitzg. vom 7. Dez. 1913. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. Heft 4. S. 514 bis 516. (Die tatsächlichen primären günstigen Resultate sind in die Augen springend und müssen unter allen Umständen berücksichtigt werden — durch keine andere Methode ist bisher auch nur ähnliches erreicht worden.)
7. — Wandlungen in der Krebsbehandlung mit Röntgenstrahlen. Münchn. med. Wochenschrift. Nr. 31. S. 1716—1717. (Arbeitsmethode nach Bumm-Warnekros — cf. Nr. 28 — und dieselben günstigen Resultate an 52 eigenen Uteruskarzinomfällen. Von den früheren Misserfolgen der Röntgentherapie beim Karzinom kann bei dieser neuen Methode nicht mehr die Rede sein. Es handelt sich nunmehr um die Erzeugung ganz anderer Strahlenarten unter bestimmten physikalischen und technischen Voraussetzungen neuer Art. Dass diese den früher erzeugten Strahlengruppen gegenüber ganz verschieden sind, zeigt sich schon daraus, dass auch in den Fällen, in denen man die Bestrahlung gewaltsam bis zu einer Verbrennung zweiten oder sogar dritten Grades steigert, die Verbrennung innerhalb weniger Wochen glatt verheilt, während die früheren, schweren Röntgenverbrennungen bekanntlich eine ausserordentlich schlechte Heilungstendenz zeigten und auch viel schmerzhafter waren.)
8. Arzt, L., und M. Schramek, Zur intratumoralen Radiumbestrahlung maligner Geschwülste. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. 22. Heft 2. S. 159—178. (Nicht speziell gynäkologisch.)
9. Aschheim, S., Einiges über Mesothoriumbehandlung. Ges. d. Charité-Ärzte. Berlin. Sitzg. vom 12. Febr. Ref. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 14. S. 655—656. (Histo-

[1]) Die Trennung in Röntgentherapie und Radium- resp. Mesothoriumbestrahlung ist aus praktischen Gründen aufgegeben worden.

logische Veränderungen in Probeexzisionen vor und nach der Bestrahlung. Befunde decken sich vollkommen mit denen von Wickham und Haendly, die ausführlich mitgeteilt werden. Nur bei einer Patientin wurde nach der Behandlung kein Karzinom mehr gefunden; bei den beiden anderen waren noch Krebsherde, wenn auch mit Zeichen weitgehender Degeneration, vorhanden. Praktisch sind Probeexzisionen an der Lebenden keineswegs ein Gradmesser für die zunehmende Heilung, da sie sich schwierig in die Tiefe ausführen lassen. Von 128 Karzinomen, die in letzter Zeit von Franz operiert wurden, hatten 83 = 64% der operablen eine makroskopische Ausdehnung bis 4 cm in die Uterusmuskulatur hinein (sagittal gemessen). Nach Bumm reicht die heilende Wirkung 4 cm in die Tiefe. Bei 80% Operabilität kommen auf 128 operable Fälle im ganzen also 160 Karzinome zur Beobachtung und könnten davon demnach 83 = 52% lokal durch Strahlen geheilt werden. Davon haben aber wieder 24% karzinomatöse Lymphdrüsen, deren Beeinflussung durch die Bestrahlung kaum zu erwarten ist. Definitive Heilung durch Bestrahlung also bei 63 = 40%. Operative Massnahmen geben Franz 27% absolute Heilung. Rein theoretisch wäre also das Resultat der Strahlenbehandlung ein wesentlich besseres. Jedoch muss praktisch erst die fünfjährige Rezidivperiode abgewartet werden.)

10. Baisch, K., Erfolge der Mesothoriumbehandlung des Uteruskarzinoms. Württemb. Korr.-Bl. Bd. 84. Nr. 26. S. 442.

11. Barcat, Die Radiumtherapie maligner Tumoren. Strahlentherapie. Bd. 5. Heft 1. S. 51.

12. Bayet, A., Indications et contre-indications du radium dans le traitement des cancers profonds. Acad. de méd. de Belgique. Sitzg. vom 28. Febr. Ref. Bull. de l'acad. roy. de méd. de Belgique. Nr. 2. S. 147—161. La Sem. méd. Nr. 9. S. 108. Als Original erschienen im Journ. de Bruxelles. Nr. 14. S. 175—179. (Die Radiumbehandlung soll ganz aus Frankreich stammen, die Untersuchungen der Deutschen haben nichts Wesentliches zur Förderung der Therapie beigetragen. Die Indikation zur Bestrahlung ist zum grossen Teil abhängig von der Lage des zu bestrahlenden Tumors. Beim Uteruskarzinom soll vorläufig noch operiert werden, wenn ausgiebige Entfernung der Neubildung möglich ist; die Radiumbehandlung eignet sich speziell für inoperable Fälle.)

13. — Les limitations actuelles de la radiumthérapie dans le traitement des cancers profonds. Journ. de radiol. et d'électrol. Jahrg. 1. Nr. 4. S. 193—200. Journ. de méd. interne. Nr. 11. S. 101—104. Bull. et mém. de la Soc. de rad. méd. de France. Nr. 53. S. 72—82. Deutsch erschienen i. d. Strahlentherapie. Bd. 5. Heft 1. S. 205. (Die Grenzen werden gebildet von: 1. der verschiedenen Radiosensibilität der Tumoren, die abhängig ist von der histologischen Struktur, dem biologischen Typus, der Lokalisation in bestimmtem Gewebe, der Entwicklungsperiode usw.; 2. der Tiefenlage des Tumors; 3. der verfügbaren Radiummenge und 4. der Gefahr der Metastasierung während der Zeit, die für die Bestrahlung nötig ist.)

14. Le Bec, A propos du traitement des cancers par le radium. Soc. des chir. de Paris. Sitzg. vom 23. Jan. Ref. La Presse méd. Nr. 11. S. 112. (Zwei Fälle, ohne Erfolge. In einem Fall soll die Bestrahlung sogar das Wachstum angeregt haben. Nähere Angaben fehlen. — Diskussion: Péraire hatte nur Erfolge bei oberflächlichen Karzinomen.)

15. Bérard, L., Quelques résultats du traitement par le radium des néoplasmes inopérables de l'utérus et du rectum. Soc. de chir. de Lyon. Sitzg. vom 19. Febr. Ref. Revue de chir. 34. Jahrg. Nr. 5. S. 698. (Ein Fall eines durch Radiumbestrahlung günstig beeinflussten inoperablen Portiokarzinoms, das auf die Scheide und die Blase übergegriffen hatte. Jetzt ist nur noch eine derbe Narbe zu fühlen.)

16. Bertolotti, M., Röntgen- und Radiumbehandlung bei Frauenkrankheiten. Atti del I Congresso italiano di radiologia medica. (Pavia, Mattei u. Co.)

17. Bickel, A., Moderne Radium- und Mesothoriumtherapie. Berlin, Hirschwald. (40 Seiten Preis 1 Mk.)

18. Borell, H., Zur Karzinombestrahlung mit grossen Röntgendosen. Niederrhein.-westf. Ges. f. Gyn. u. Geb. 60. Sitzg. vom 24. Mai. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. Heft 1. S. 170. Soll als Original erscheinen i. d. „Strahlentherapie". (Besserung, aber noch keine Heilung erreicht.)

19. Braude, J., Zur Technik der Mesothoriumtherapie. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 2. S. 69 bis 74. Ref. Ann. de gyn. et d'obst. Bd. 11. Mai. S. 311—313. (Wird im Kapitel „Elektrizität usw." referiert.)

20. Braude, J., Zur Behandlung des Karzinoms der weiblichen Genitalien mit Mesothorium. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 48. (44 Fälle aus der Strassmannschen Klinik. Nur in 3 Fällen war die Mesothorium- mit der Röntgenbehandlung kombiniert. Alle, auch die profusesten Blutungen, kamen dabei zum Stillstand. Jedoch haben auch alle menstruierenden Frauen, jüngere wie ältere, ihre Menstruation verloren, und zwar manchmal schon nach einer geringen Dosis von 4—6000 mg-Stunden. Störungen der Nierenfunktion wurden nie beobachtet. In vier Fällen trat vorübergehend eine Cystitis auf. Beim Kollumkarzinom wurde die vaginale gegenüber der intrazervikalen Applikation bevorzugt. Blasen- oder Rektumfistel, Darmerscheinungen wie Tenesmen oder Reaktionen in Form von Temperatursteigerung, Anämie u. dgl. kamen nicht vor. Klinisch „geheilt" wurden im ganzen 20 Fälle; sie datieren aber alle erst seit Oktober 1913. Gesamtdosis 10—12000 mg-Stunden.)

21. Bruns, J., Radium- und Mesothorium, die neuesten Heilmittel. Oldenburg, A. Littmann. (31 Seiten; Preis 40 Pf.) (Vortrag.)

22. Büchner, E. H., Neue Methode zur Erzeugung von Radiumstrahlen. Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. 7. März. (Holländisch.) Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 13. S. 661.

23. Bucky, G., Röntgenverbrennung nach gynäkologischer Tiefenbestrahlung. Berl. vereinigte ärztl. Ges. Sitzg. vom 25. Nov. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 48. S. 2330. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 52. S. 2137. Als Original erschienen i. d. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 51. S. 1942—1943. (Mit 2 photogr. Abb.) (41jährige Patientin, die wegen Uteruskrebses in einer Frauenklinik bis zum Auftreten von Hautrötung bestrahlt worden und sogar auf einem Kongress als besonders günstiger Fall demonstriert worden war. Nach kurzer Zeit bildeten sich tiefe Geschwüre der Haut, des Gesässes und der Schamgegend. Einlegung von 25 mg Radium in der Scheide wegen eines Rezidives führte zu einer Blasenscheidenfistel. Bei der Sektion fand sich ein Uteruskrebs mit ausgedehnten Metastasen. Vortragender warnt vor den möglichst hohen Dosen in kurzen Zeiträumen und empfiehlt statt dessen mässige Dosen über lange Zeiträume verteilt.)

24. Bucura, K. J., Einige aktuelle Fragen aus Geburtshilfe und Gynäkologie. 2. Das Radium in der gynäkologischen Therapie. Wiener med. Wochenschr. Nr. 28. S. 1590 bis 1591. (Kurzer Überblick. Nichts Neues.)

25. Bumm, E., Weitere Erfahrungen über Karzinombestrahlung. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 5. S. 193—198. Ref. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 15. S. 440—441. Ann. de gyn. et d'obst. Bd. 11. Mai. S. 309—310. (Cf. dieses Kapitel Jahrgang 1913 dieses Jahresberichts, Nr. 16.)

26. — Zur Klärung der „Aktinotherapieprobleme" bei Karzinom. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 5. S. 193—195. (Erwiderung auf Flataus gleichnamigen Artikel [cf. Nr. 58]. Für Bumm ist es sicher, dass Krebsformen jeder Art durch Radium, Mesothorium und Röntgenstrahlen lokal zur Ausheilung kommen. In Tiefen von 5—9 cm wurden allerdings noch lebensfrische Krebsnester gefunden. Doch glaubt Verf., dass es mit lokalen Rezidiven nach der Bestrahlung kaum schlechter werden wird, als nach der Operation.)

27. — und K. Warnekros, Heilung tiefliegender Karzinome durch Röntgenstrahlen von der Körperoberläche aus. Hufeländische Ges. zu Berlin. Sitzg. vom 9. Juli. Ref. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 41. S. 1712—1713. (Diskussion: Franz, P. Lazarus, Levy-Dorn, A. Fraenkel usw.) Als Original erschienen i. d. Münchn. med. Wochenschrift. Nr. 29. S. 1601—1605. (Cf. Nr. 28.)

28. — — Heilung tiefliegender Karzinome durch Röntgenbestrahlung von der Körperoberfläche aus. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 29. S. 1601—1605. (Aus Warnekros Untersuchungen geht hervor, dass es jetzt möglich ist, durch Röntgenbestrahlung auf 10 cm Tiefe unter der Haut genügend Strahlen hinzubringen und Karzinomzellen zu vernichten, ohne die Haut dauernd zu schädigen. Eine Reihe Krankengeschichten werden als Beispiele angeführt. Nur mit Ovarialkarzinomen waren bisher die Erfolge noch gering. — Bemerkung zu dieser Arbeit siehe Schwarz, Nr. 192.)

29. Butcher, W. D., The rationale of Roentgen- and Radium-therapy. Arch. of the Roentgen ray. 1913. Bd. 18. Nr. 1. S. 16—24. (Deutsch erschienen i. d. Strahlentherapie. 1913. Bd. 2. Heft 2. S. 396—402. Referat im vorigen Jahrgang dieses Jahresberichts, dieses Kapitel Nr. 18.)

30. Caan, A., Über Radiumbehandlung des Karzinoms. Ärztl. Ver. zu Frankfurt a. M. Sitzg. vom 5. Jan. Ref. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 6. S. 285. (Nur nicht-gynäkologische Fälle. Vortragender kommt zu dem Schluss, dass die Radiumbehandlung in

der Hauptsache als Ergänzung bei operablen und als selbständige Behandlungsmethode bei inoperablen Erkrankungen dienen soll. 12 Fälle von Sarkom wurden durch die Bestrahlung kaum beeinflusst. — Technik.)

31. Chéron, H. et H. Rubens-Duval, Valeur de la radiumthérapie des cancers utérins et vaginaux. Arch. d'électr. méd. exp. et clin. Nr. 374. 25. Jan. S. 64—74. Journ. de méd. et de chir. Nr. 4. S. 131—140. Ref. The Brit. med. Journ. Nr. 2782. 25. April. Ep. of curr. med. litt. S. 67. Deutsch erschienen i. d. Strahlentherapie. Bd. 5. Heft 1. S. 80. (Cf. diesen Jahresbericht Bd. 27, 1913, dieses Kapitel Nr. 26.)

32. Chirurgie, 43. Kongress der Deutschen Gesellschaft für —, in Berlin vom 15.—18. April. Zum Thema der Krebsbehandlung mit radioaktiven Stoffen. Ref. Berl. klin. Wochenschrift. Nr. 17. S. 816—817. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 18. S. 934—935. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 18. S. 1016. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 18. S. 592—593. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. Heft 5. S. 737—739. La Sem. méd. Nr. 16. S. 186 bis 187. (Gynäkologische Berichte von Krönig, Werner, Heimann, Warnekros u. a.)

33. de Courmelles, Foveau, Les rayons X et le radium en gynécologie. Ann. d'électrobiol. et de radiol. Nr. 1. S. 26—49. (Technik. — Verf. hat bisher unter 100 inoperablen Karzinomen 70% durch Bestrahlung mit Radium für 1—4 Jahre geheilt.)

34. — Radium et tumeurs malignes. Rev. intern. de méd. et de chir. Nr. 1. S. 5—7. (Sammelreferat über die bis jetzt bestrahlten malignen Tumoren.)

35. — Le radium en thérapeutique gynécologique. Gaz. d. hôp. 87. Jahrg. Nr. 4. S. 57—58. (Für Myome bei Frauen jenseits 40 Jahren empfiehlt Foveau de Courmelles die kombinierte Radium-Röntgenbehandlung. Uteruskarzinome operiert er und will hier die Radiumbehandlung nur hinterher als Prophylaktikum gegen die Rezidive selbst angewendet wissen, ferner für die Rezidive und für inoperable Karzinome. Besonders in den erstgenannten Fällen plädiert Foveau de Courmelles für die lange Anwendung kleiner Dosen.)

36. Degrais, P. et A. Bellot, Cancer de l'utérus et radium. Faits cliniques et histologiques. Clinique (Paris). 9. Jahrg. Nr. 15. S. 228—231. (Gute Erfolge, sowohl in operablen wie in inoperablen Fällen. Letztere werden von keinem anderen Verfahren erreicht. Es wurden relative Heilungen erzielt, die sich auf 2, 3 bis 4 Jahre erstrecken. Stets bildete sich im Scheidengewölbe eine Narbe, ähnlich wie nach totaler Hysterektomie. Auch in zwei Sarkomfällen wurden sehr gute Resultate erreicht.)

37. — — Cancer de l'utérus et radium. Considérations histologiques. Clinique (Paris). 9. Jahrg. Nr. 19. S. 294—297. Deutsch erschienen i. d. Strahlentherapie. Bd. 5. Heft 1. S. 102. (Histologische Veränderungen infolge der Bestrahlung: die ganze Zelle hypertrophiert, der Kern schwillt an, wird gelappt, sein Protoplasma zeigt Eosinophilie, später zerfallen die Kerne. Ein Teil der Elemente verhornt. Im Bindegewebe treten junge Fibroblasten auf; Lymphozyten und neutrophile polynukleäre Elemente finden sich in reichlicher Anzahl; schliesslich tritt eine echte Narbe auf. Der Krebszelle kommt zweifellos eine besondere Aufnahmefähigkeit für Radiumstrahlen zu.)

38. Dessauer, Fr., Radium, Mesothorium und harte X-Strahlung und die Grundlagen ihrer medizinischen Anwendung. Leipzig, O. Nemnich. (156 Seiten mit 40 Textabb. Preis 3.— Mk.) (Im Anhang ein Radium-Merkblatt, das diejenigen Vorschriften enthält, die der Arzt beim Ankauf von Radium und Mesothorium zu berücksichtigen hat, wenn er nicht riskieren will, alte und daher bald minderwertige Mesothoriumpräparate zu erhalten. Im übrigen glaubt Dessauer offenbar, dass die Röntgenstrahlung in absehbarer Zeit die radioaktiven Präparate überflüssig machen wird.)

39. — Radium, Mesothorium und harte Röntgenstrahlung. Fortschr. d. Med. Nr. 1. S. 12—22. (Die verschiedenen Strahlungsformen der radioaktiven Körper in ihrem engen Zusammenhange mit den verschiedenen in der Röntgenröhre auftretenden Strahlungen werden besprochen. Für die schwankenden Resultate der Radiumtherapie macht der Autor den Grundfehler verantwortlich, dass eine homogene Durchstrahlung nicht immer erreicht wird. Sie ist unter jeder Bedingung anzustreben. Die Röntgentechnik hat sich bemüht, die Strahlen durchdringungsfähiger zu machen.)

40. — Radium, Mesothorium und harte Röntgenstrahlen. In: Eine Woche Bauchchirurgie. Düsseldorf, Schmitz u. Olbertz. S. 51.

41. — Lässt sich die γ-Strahlung des Radiums künstlich in Röntgenröhren herstellen? Münchn. med. Wochenschr. Nr. 18. S. 989—990. (Technisch. Kurzer Auszug aus einer grösseren Arbeit, die in der „Strahlentherapie" erscheinen soll.)

42. Dessauer, Fr., Die technisch erzeugte γ-Strahlung. (Zweite Mitteilung.) Münchn. med. Wochenschr. Nr. 33. S. 1804. (Mitteilung über eine Maschine, die eine Strahlung von vielleicht 100 g Radium liefert. Noch nicht im Handel. Es handelt sich dabei nicht um ein Surrogat, sondern um physikalisch das nämliche wie die γ-Strahlung der radioaktiven Präparate.)

43. Diefenbach, W. H., Radium in the treatment of cancer. Med. Record. 1913. Bd. 84. Nr. 24. S. 1068—1072. (11jährige Erfahrungen. Zeitweise, aber nie andauernde Heilung. Verf. glaubt nicht an die spezifische Wirkung auf die Tumorzellen.)

44. Dobbert, Th., Unmittelbare Erfolge der Radiumtherapie bei Uteruskrebs. 1. russ. Krebskongr. in St. Petersburg. 31. März bis 3. April. Ref. Verhandl. d. 1. russ. Krebskongr. in St. Petersburg. (Russisch.) (In 15 Fällen mit inoperablen Uteruskarzinomen wurde achtmal Besserung erreicht, dreimal keine Veränderung und viermal Verschlechterung. Die Behandlung ist jedoch noch in keinem Falle abgeschlossen. Es wurden manchmal Komplikationen, wie lokale Schmerzen, Fieber usw. beobachtet. Verf. bestrahlt auch Krebse im Anfangsstadium.)

45. Dobbert, Th., Ergebnisse der Behandlung des Gebärmutterkrebses mit Radium. Petersburger med. Zeitschr. Nr. 8. S. 97—104. (Russisch.) Journ. akusch. i shensk. bol. Bd. 29. S. 718—734. (Russisch.) (Biologie und Technik der Bestrahlung; Mitteilung der Krankengeschichten von 44 bestrahlten Fällen. Die Erfolge entsprechen den bekannten, auch von anderen Autoren errungenen subjektiven und objektiven Besserungen. Verf. kommt zu folgenden Schlüssen: Die Nahwirkung des Radiums ist einwandsfrei erwiesen, es ist daher in beginnenden Fällen eine Radiumbehandlung zulässig, um damit der doch noch grossen Mortalität der Radikaloperation [in Dobberts 109 Fällen 8,2%] erfolgreich entgegenzutreten. Bei weiter fortgeschrittenen Fällen ist die Operation angezeigt, da die Tiefenwirkung der Strahlen doch noch eine durchaus zweifelhafte ist. Dagegen sind inoperable Fälle die dankbarsten Objekte für eine energische Strahlentherapie, die dann nicht zur Heilung, wohl aber zu subjektiver und objektiver Besserung führt. Bei sehr weit vorgeschrittenen Fällen können dagegen durch Fiebersteigerungen die Kräfte der Kranken stark dezimiert werden.)

46. Döderlein, A., Vergeblich bestrahltes Korpuskarzinom. Gyn. Ges. zu München. Sitzg. vom 22. Jan. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 7. S. 390. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 13. S. 677. (Patientin wurde vom Juli bis September mit grössten Dosen — 223 Stunden in neun Sitzungen — bestrahlt. Der Zustand der Patientin besserte sich zwar, doch hörten die Blutungen nicht auf, deshalb Operation — die erste Karzinomoperation seit Februar 1913!)

47. — und E. v. Seuffert, Unsere weiteren Erfahrungen mit der Mesothoriumbehandlung des Karzinoms. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 5. S. 225—227. Nr. 6. S. 313 bis 315. Ref. Ann. de gyn. et d'obst. Bd. 11. Mai. S. 315—317. (Cf. Jahrgang 1913, dieses Kapitel, Nr. 37.)

48. Dolz, E., Über Schädigungen bei der therapeutischen Anwendung des Radiums. Dissert. in. Leipzig. Mai.

49. Dominici, H., Le traitement du cancer par le radium. Soc. de l'internat. d. hôp. de Paris. Sitzg. vom 28. Mai. Ref. La Presse méd. Nr. 49. S. 473—474. (Physik und histologische Wirkung der Radiumbestrahlung maligner Tumoren.)

50. Dürck, H., Demonstration histologischer Befunde an Karzinomen nach Mesothoriumbestrahlung. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 34. S. 1855. (Schädigung der Krebszellen mit nachfolgender Phagozytose. In einem zweiten Falle dringen Ausläufer zwischen die Krebszellen hinein.) (J. Veit.)

51. Ebeler, F., Die Röntgenbehandlung in der Gynäkologie. Strahlentherapie. Orig. Bd. 4. Nr. 2. S. 579—616. (Fünf Karzinome wurden allein mit Röntgenstrahlen, eins mit Röntgenstrahlen und Radium kombiniert behandelt. Rückgang der Jauchung und der Schmerzen, Reinigung der Ulzerationen.)

52. Eder, A., Zur Kenntnis der Eigenschaften der radioaktiven Substanzen und ihrer Anwendung. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. Heft 2. (Bei intravaginaler Bestrahlung verwendet Verf. einen Metreurynter oder einen diesem ähnlichen Ballon. Durch Aufblasen desselben werden die gesunden Scheidenwände in genügendem Abstand vom Präparat gehalten.)

53. v. Eiselsberg, A. Freih., Über Radium- und Röntgenbehandlung maligner Tumoren. 43. Kongr. d. deutsch. Ges. f. Chir. in Berlin vom 15.—18. April. Als Original erschienen im Arch. f. klin. Chir. Bd. 106. Heft 1. S. 68—90. (Nicht speziell gynäkologisch.)

53a. Essen-Möller, E., Das Aussehen der Schleimhaut des Uterus nach Radiumbehandlung. Verhandl. d. obst.-gyn. Sekt. d. Ges. schwed. Ärzte. Hygiea. (Silas Lindqvist.)

54. Fehling, H., Operative und Strahlenbehandlung bei gutartigen und bösartigen Geschwülsten der Gebärmutter. Ver. d. Ärzte zu Metz. Sitzg. vom 5. Juli. Als Original erschienen i. d. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 49. S. 2333—2336. (Übersichtliche Zusammenfassung.)

55. Finzi, N. S., Review of recent literature on X-rays and radium. Practitioner. 1913. Nr. 2. S. 471—483. (Übersichtsreferat.)

56. Fischer, B., Demonstration zweier Uteruskarzinome, längere Zeit mit Radium behandelt. Ärztl. Ver. in Frankfurt a. M. Sitzg. vom 19. Jan. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 8. S. 443. (In der Wand der ausgedehnten Zerfallshöhle mikroskopisch Karzinom nicht mehr nachzuweisen. Durchbrüche in Blase und Rektum.)

57. — Demonstration eines Falles allgemeiner Sepsis, ausgehend von einer Pyometra bei zerfallenem Cervixkarzinom, das längere Zeit mit Radium behandelt wurde. Ärztl. Ver. in Frankfurt a. M. Sitzg. vom 6. April. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 22. S. 1256. (Ref. enthält nichts Näheres.)

58. Flatau, G., Zur Klärung der Aktinotherapieprobleme bei Karzinom. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 1. S. 24. Ref. Ann. de gyn. et d'obst. Bd. 11. Mai. S. 308—309. (Flatau schlägt vor, dass jeder, der über Behandlung mit Mesothorium oder Radium berichtet, alle Fälle mitteilt und dabei nach einem bestimmten Schema einen Fragebogen ausfüllt, der 19 Fragen enthält, die Flatau aufführt. — Erwiderung cf. Bumm, Nr. 26.)

58a. Forssell, G., Erfahrungen über Radiumbehandlung von Genitalkrebs an dem Radiuminstitut zu Stockholm 1910—1913. Verhandl. d. obst.-gyn. Sekt. d. Ges. schwed. Ärzte. Hygiea. (Ein sehr lesenswerter Aufsatz! Nach dem Verf. ist Radium in manchen Fällen ein grossartiges Palliativum bei dem weiblichen Genitalkrebs, besonders bei Cervixkrebs, imstande, eine langdauernde Verbesserung, ja Symptomfreiheit hervorzurufen, wo eine andere Behandlung nicht mehr helfen kann. Die Resultate von Radiumbehandlung bei dem inoperablen Krebs sind ein Schritt über die Grenze der Chirurgie hinaus. Was die operablen Fälle betrifft, gehören diese in der Regel unbedingt der Chirurgie an, wenn man auch die Radiumbehandlung in denjenigen operablen Fällen, von solchen Krebsen bei welchen die inoperablen Fälle vorteilhafte Resultate gegeben haben, versucht.) (Silas Lindqvist.)

59. Fowler, F., The place of X-rays in the treatment of cancer. The Brit. med. Journ. Nr. 2789. 13. Juni. S. 1284—1286. (Nicht speziell gynäkologisch.)

60. Frankl, O. und C. P. Kimball, Über die Beeinflussung von Mäusetumoren durch Röntgenstrahlen. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 45. S. 1448—1450. (Verff. haben untersucht, ob das Angehen des Tumorinokulates nicht auch indirekt durch die Bestrahlung beeinflusst werden kann. Aus ihren Experimenten geht hervor, dass die harte X-Strahlung nicht bloss, wie dies bekannt ist, die Tumorzelle selbst, sondern auch den Nährboden des Tumors zu beeinflussen vermag, woraus eine bedeutsame Hemmung des Tumorwachstums resultiert.)

61. Freund, H., Die therapeutische Verwendung von Radium und Mesothorium. Strassburger med. Zeitg. Heft 1. S. 2—5. (Behandlung von operablen Fällen als Vorbereitung zur Operation, von inoperablen, um sie, wenn möglich, operabel zu machen und dann möglichst radikal zu operieren. Nach der Operation wiederum systematische Nachbehandlung mit Radium. Beschreibung der Besserung eines Karzinomrezidivs in der Scheidennarbe nach Uteruskarzinom und eines Scheidenkarzinoms, während ein diffuses Peritonealkarzinom unbeeinflusst blieb.)

62. — Intraperitoneale Verwendung von Radium. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 25. S. 1252—1254. (Eine 47jährige Frau bekam sieben Jahre nach der abdominalen Totalexstirpation wegen Cervixkrebs ein Rezidiv in der Narbe — eventuell ein neues primäres Karzinom des Rektum. Der Tumor schwand durch Radiumbestrahlung vollständig. Ein halbes Jahr später Krebsmetastasen längs der Wirbelsäule. Da die Krebswucherung anscheinend gut auf Radium reagierte, wurde Laparotomie gemacht und zwei Radiumkapseln [50 resp. 30 mg] in Mikulicz-Gazebeutel in die Bursa omentalis eingelegt. Die hauptsächlichsten Erscheinungen waren Erbrechen, solange die Kapseln lagen. Patientin befindet sich jetzt wohl. — Verf. will diese Methode bei allen Operationen in Anwendung bringen, bei denen sich herausstellt, dass das Karzinom inoperabel oder nicht ganz zu entfernen ist.)

63. Fürstenberg, I., Über die Beeinflussung des Blutbildes durch die X-Strahlen und die radioaktiven Substanzen. Dissert. in. Berlin. März.
64. Gambaroff, G. G., Die Röntgentherapie bei gutartigen und bösartigen Geschwülsten. 1. russ. Krebskongr. in St. Petersburg. 31. März bis 3. April. Ref. Verhandl. d. I. russ. Krebskongr in St. Petersburg. (Russisch.) (Erfahrung an 50 Fibromyomen des Uterus und 137 bösartigen Geschwülsten verschiedener Organe. Bei Myomen 100% Heilungen: Amenorrhoe und völliges Verschwinden der Geschwulst. Beim Uteruskrebs waren die Resultate weniger ermutigend, nur in einem Falle von beginnendem Vaginalkrebs trat völlige Heilung ein, sonst in allen Fällen nur eine Besserung der klinischen Erscheinungen. Mikroskopisch konnten immer noch Krebszellen, wenn auch degenerierte, nachgewiesen werden.)
65. Gauss, C. J., Über die Prinzipien der Strahlenbehandlung der Tumoren. Niederrhein.-westfäl. Ges. f. Gyn. u Geb. 60. Sitzg. v. 24. Mai. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. Heft 1. S. 165—166. (Diskussion: Tillmann, Graessner, Stern, Füth, Wanner, v. Franqué, Menzer, Dietrich.) Als Original erschienen i. d. Strahlentherapie. Bd. 5. Heft 1. S. 379. (Zusammenfassung. Alle operablen Karzinome werden operiert und nachher bestrahlt; alle inoperablen bestrahlt.)
66. Geinatz, W. N., Die Behandlung bösartiger Geschwülste mit Radium. I. russ. Krebskongr. St. Petersburg. 31. März bis 3. April. Ref. Verhandl. d. I. russ. Krebskongr. in St. Petersburg. (Russisch.) (Allgemeiner Überblick über den heutigen Stand der Radiumtherapie.)
67. Gorwitz-Kalitejevskaja, R., Radium und Mesothorium in der Gynäkologie. Novoje w Med. Nr. 8. S. 449—455. Nr. 9. S. 526—533. (Russisch.) (Übersichtsreferat.)
68. Gould, A. Pearce, Radium and cancer. The Brit. med. Journ. Nr. 2766. 3. Jan. S. 1—6. (Cf. Jahrgang 1913, dieses Kapitel, Nr. 57.)
69. Graser, E., Demonstration zur Mesothoriumbehandlung. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 33. S. 1820. (Gute Erfolge.) (J. Veit.)
70. Gunsett, A., Die Frage der Radiumbehandlung der gynäkologischen Krebse in Frankreich. Strahlentherapie. Bd. 4. Heft 1. S. 36—43. (Cf. dieses Kapitel Jahresbericht 1913, Nr. 60.)
71. Haendly, P., Die Strahlenbehandlung des Karzinoms. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. Nr. 12. S. 353—358. (Fortbildungsvortrag.)
72. v. Hansemann, D., Krebsheilmittel in Theorie und Praxis. Zeitschr. f. Krebsforsch. Bd. 14. Heft 1. S. 139—150. (Kritische Betrachtungen über die Anwendbarkeit der Krebstherapie durch Strahlen und Schwermetalle. Die Strahlentherapie ist zwar kein Krebsheilmittel in dem Sinne, wie das Arsen oder Quecksilber ein Syphilisheilmittel ist. Ein solches Heilmittel gegen alle Karzinome wird wohl auch kaum gefunden werden. Aber die Strahlentherapie hat die Leistungen der Krebstherapie enorm gesteigert, da sie auch da noch helfen kann, wo die operative Behandlung unmöglich ist.)
73. — Über Veränderungen der Gewebe und der Geschwülste nach Strahlenbehandlung. Hufeland. Ges. zu Berlin. Sitzg. vom 19. März. Als Original erschienen i. d. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 23. S. 1064—1065. (Verf. berichtet über zwei klinisch geheilte Fälle, die rezidiviert waren und knüpft daran die Frage, ob wirklich so grosse Dosen [13—20000 mg-Stunden) angebracht erscheinen. In beiden Fällen drängt sich die Anschauung auf, dass durch die Radiumbehandlung ein Reiz entstanden ist, der die Krebsproliferation gesteigert hat. Aus dem Grunde schlägt der Verf. eine fraktionierte Behandlungsmethode mit kleineren Dosen vor, die sich besonders auf die Erfahrung basiert, dass die älteren Krebszellen leichter zerstört werden als die jungen und dass man die jungen erst zu alten werden lassen muss, um sie mit Erfolg vernichten zu können.)
74. Haret, G., Radiotherapy by the electrical transport of radium ions into the interior of the tumour. Arch. of the Roentgen ray Bd. 19. Nr. 2. S. 68—73. (Ergibt sich aus der Überschrift. Technik der Methode. Gute Erfolge bei Sarkomen [Beschreibung eines geheilten Falles], bei Myomen und zur Vermeidung von Rezidiv nach Uterusexstirpation, wobei speziell das lymphatische System des Beckens erwähnt wird.)
75. Harzbecker, O., Karzinom nach Finsen- und Röntgenbestrahlung. Deutsche med. Wochenschr. S. 1679. (Das Karzinom war auf lupös veränderter Haut nach Bestrahlung entstanden.) (J. Veit.)
76. Heidenhain, L., Die Aussichten der Strahlentherapie wider die Karzinome. Strahlentherapie. Bd. 5. Heft 1. S. 25.

77. Heidenhain, L., Operation oder Bestrahlung. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 32. S. 1781—1783. (Kritik zu der Arbeit Chr. Müllers — cf. Nr. 154. Erwiderung Müllers, cf. Nr. 155.)
78. Heimann, F., Zur Strahlenbehandlung der Uteruskarzinome. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 1. S. 12—14. (Referat im vorigen Jahrgang dieses Jahresberichts, dieses Kapitel Nr. 69.)
79. — Erfahrungen in der Gynäkologie mit der Kombination Mesothorium-Röntgen-Behandlung. Med. Klinik. Nr. 6. S. 189—191. (Bericht über 21 inoperable Uteruskarzinome und 5 inoperable Rezidive, die mit zum Teil ausgezeichnete Erfolge nach der genau wiedergegebenen Technik bestrahlt wurden. Die Dauerresultate sind jedoch noch abzuwarten.)
80. — Zur Histologie bestrahlter Karzinome. Med. Sekt. d. Schles. Ges. f. vaterl. Kultur. Sitzg. vom 19. Juni. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 52. S. 2140. Als Original erschienen i. d. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 32. S. 1516. (Die histologische Untersuchung gibt heute noch keinen Aufschluss über die Heilungsmöglichkeit der Karzinome, aber soviel steht fest, dass die Beeinflussung der karzinomatösen Zellen durch die Strahlen eine phänomenale ist. Tiefenwirkung ca. 3 cm. Verf. untersuchte die durch Operation gewonnenen, vorher bestrahlten Karzinome.)
81. — Röntgenstrahlen und Mesothorium in der Gynäkologie. Gyn. Rundschau. Heft 13. S. 465. (Erfahrungen an der Breslauer Klinik, sowohl mit der Myombestrahlung [mittlere Dosen] wie mit der Mesothorbestrahlung von Karzinomen. — Technik und Indikationsstellung. Die Unterstützung der Mesothorbehandlung durch intensivste Röntgenbestrahlung ist ein unbedingtes Erfordernis. Die hohe Bedeutung der Strahlentherapie muss unbedingt anerkannt werden; die Operation kann jedoch nicht entbehrt werden. Das Karzinommaterial des Verf. setzt sich aus 60 inoperablen Uteruskrebsen und Rezidiven zusammen.)
82. Heineke, H., Zur Theorie der Strahlenwirkung, insbesondere über die Latenzzeit. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 15. S. 807—810. (Die von anderer Seite — Hertwig, Halberstädter und v. Wassermann — festgestellte Fähigkeit der Strahlen, an gewissen Zellen die Teilungsfähigkeit aufzuheben, ohne sie direkt abzutöten, gibt uns die lange gesuchte Erklärung für die Latenzzeit der Strahlenwirkung: Die Wirkung der Bestrahlung äussert sich an den Zellen, bei denen nur die Teilungsfähigkeit vernichtet ist, erst nach Ablauf ihrer natürlichen Lebensdauer. Neben dieser Sterilisierung der Zelle wird durch höhere Strahlendosen auch eine direkte Schädigung der Zelle hervorgerufen, die ihr Absterben beschleunigt. An den hochempfindlichen, normalen und pathologischen Zellen, deren Reaktion ohne Latenzzeit beginnt und innerhalb weniger Stunden abläuft, sind nur die Erscheinungen einer direkten Kernzerstörung nachweisbar. Das lässt den Schluss zu, dass die Natur der Strahlenwirkung an diesen Zellen prinzipiell eine andere ist, als an den langsam reagierenden. Alle Geschwulstzellen reagieren auf die Strahlen ungefähr ebenso wie die normalen Mutterzellen, von denen sie ausgehen. So werden uns die Unterschiede klar in der Strahlenempfindlichkeit der Geschwülste, wenn wir sie auf die qualitativ und quantitativ ganz verschiedene Strahlenreaktion der normalen Zellen und Gewebe zurückführen, von denen die Geschwülste ausgehen.)
83. Henkel, M., Zur Strahlentherapie in der Gynäkologie. Die Behandlung des Uteruskarzinoms. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 5. S. 227—230. Ref. Wiener klin. Wochenschrift. Nr. 14. S. 384—385. The Brit. med. Journ. Nr. 2789. 13. Juni. Ep. of curr. med. litt. S. 95. (Keine elektive Wirkung der Strahlen auf die Karzinomzellen. Das Optimum der anzuwendenden Mesothoriummenge liegt zwischen 100 und 150 bis höchstens 200 mg; darüber gibt es schwere Schädigungen: in zwei Fällen hohes Fieber, peritoneale Reizung und schwerste Kachexie. Die Strahlen dringen nicht tiefer wie 4 bis 5 cm ins Gewebe durch. Technik und Filterung der Strahlen. Wenn inoperable Fälle operabel geworden sind, werden sie operiert, am liebsten vaginal. Zurückgebliebene Krebsreste werden dann weiter bestrahlt, resp. durch intravenöse Injektionen mit borsaurem Cholin eventuell durch Anwendung grosser Röntgendosen zum Schwinden gebracht.)
84. — Die Anwendung der Strahlentherapie in der Gynäkologie. Reichsmed. Anz. Jahrg. 39 Nr. 11. S. 321—324. (Sehr vorsichtige Bestrahlungen mit 150 mg Mesothorium. Messingfilter. Wirkung sowohl wie Reaktion des Allgemeinbefindens sehr wechselnd. Gleichzeitig intravenöse Injektionen von Enzytol, um die sekundäre Aussaat der Karzinomzellen zu bekämpfen.)

85. Hernaman-Johnson, F., On the respective advantages and disadvantages of X-rays and radium in the treatment of cancer. Brit. med. Journ. Nr. 2784. 9. Mai S. 1010 bis 1012. (Vergleich der physikalischen Besonderheiten der Röntgen- und Radiumstrahlung. Erstere hat eine hervorragend günstige Wirkung auf die Umgebung, letztere beeinflusst mehr insbesondere das Karzinomgewebe selbst. Deshalb soll bei inoperablen Tumoren ein Radiumröhrchen in das Geschwulstzentrum eingeführt werden, während die Geschwulstumgebung und Metastasen mit Röntgenstrahlen behandelt werden sollen, die schmerzlindernd wirken, Ulzerationen verhindern und äussere Knoten verschwinden lassen. In beginnenden Fällen ist die Röntgentherapie zur vor- und nachoperativen Bestrahlung zu empfehlen.)

86. Heynemann, Th., Kystoskopische Befunde bei bestrahlten Kollumkarzinomen und ihre praktische Verwendung. Strahlentherapie. Bd. 5. Heft 1. S. 82.

87. Hölder, H., Zur Verwendung von kolloidem Selen bei der Behandlung maligner Tumoren. Strahlentherapie. Bd. 5. Heft 1. S. 122.

88. — Über Strahlenbehandlung in der Gynäkologie. Württemb. Korr.-Bl. Bd. 84. Nr. 7. S. 105—108. (Erfahrungen an 26 Karzinomfällen. Es konnten keine genügenden Resultate erzielt werden.)

89. Holding, A. F., Technique in radiotherapy with especial reference to deep therapy as practiced at Freiburg by Krönig and Gauss. Amer. Journ. of roentgenol. 1913. Nr. 2. S. 59—64. (Technik.)

90. Hueter, K., Portiokarzinom, mit Mesothorium bestrahlt. Altonaer ärztl. Ver. Sitzg. vom 21. Jan. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 10. S. 559. (Genaue Beschreibung des histologischen Befundes vor der Bestrahlung, sowie 10, 28 und 42 Tage nach der Bestrahlung. Bei der letzten Untersuchung ist das Portiogewebe fibrös-muskulär geworden, enthält zahlreiche arterielle Gefässe, keine Drüsen. Von Karzinom ist nichts mehr zu sehen. Frank gibt dazu die klinischen Daten, sowie die Bestrahlungsdosen.)

91. Jacobs, Ch., Traitement du cancer utérin par le radium. Soc. belge de gyn. et d'obst. Sitzg. vom 3. Jan. Ref. Bull. de la Soc. belge gyn. et obst. Nr. 8. S. 390. Als Original erschienen im Journ. Belge de gyn. et d'obst. Nr. 2. S. 105—109. (Klinische Heilung eines absolut inoperablen Cervix- und Scheidenkrebses bei einer 42jährigen Frau, durch eine einmalige 56stündliche Bestrahlung mit 150 mg Radiumbromid in der Scheide.)

92. — Traitement du cancer utérin par le radium. Soc. Belge de gyn. et d'obst. Sitzg. vom 4. April. Ref. Bull. de la Soc. Belge de gyn. et d'obst. Nr. 8. S. 390—394. Als Original erschienen im Journ. Belge de gyn. et d'obst. Nr. 5. S. 382—385. (Kasuistisch. Jetzt 65jährige Frau. 1905 abdominale Totalexstirpation wegen Cervixkrebs. Vaginales Rezidiv im Jahre 1910. Radiumbestrahlung. Bisher Heilung. — Diskussion [Journ. Belge de gyn. et d'obst. Nr. 6. S. 484—486] Godart, Javaux, Franck, Brouha, haben keine eigenen Erfahrungen.)

93. — La radiumthérapie dans le cancer utérin. Soc. Belge de gyn. et d'obst. Sitzg. v. 6. Juni. Als Original erschienen im Journ. belge de gyn. et d'obst. Nr. 7. S. 529 bis 534. (Vier Fälle mit ausgezeichnetem Erfolg behandelt. Ausführliche Krankengeschichten und Technik.)

94. Janeway, H. H., Results of radium in cancer. The Journ. of the Amer. med. Assoc. Bd. 62. Nr. 22. 30. Mai. S. 1707—1709. (Übersicht. Nicht speziell gynäkologisch.)

95. Jayle, F., Radiumthérapie métachirurgicale. Soc. de l'internat. d. hôp. de Paris. Sitzg. vom 28. Mai. Ref. La Presse méd. Nr. 49. S. 474. (Bei einer 33jährigen Frau wurde der Uterus wegen eines weit vorgeschrittenen Karzinoms exstirpiert und die Patientin nachher bestrahlt. Dieselbe ist jetzt seit drei Jahren rezidivfrei.)

96. — Radiumthérapie meta-chirurgicale. Soc. de l'internat. d. hôp. de Paris. Sitzg. vom 25. Juni. Ref. La Presse méd. Nr. 54. S. 524. (Das Uteruskarzinom hatte auf die Vagina übergegriffen und war nicht mehr operabel. Es wurde bestrahlt mit drei Tuben je 11 cg Radium enthaltend 70 Stunden lang. Nachdem es bald operabel geworden war, wurde die vaginale Kolpohysterektomie vorgenommen. Die Stümpfe wurden von der Vagina aus prophylaktisch noch weiterbestrahlt. Die Operation war durch die Behandlung nicht erschwert.)

97. — La radiumthérapie métachirurgicale en gynécologie. Résultats éloignés de 5 ans ½ à 3 ans. La Presse méd. Nr. 58. S. 557. (Verf. hat in seiner Praxis nur wenige Fälle, in denen Uteruskrebse viele Jahre nach der Operation nicht rezidiviert sind. Er erhofft

von der nachoperativen Radiumbestrahlung diesbezüglich bessere Erfolge und teilt davon einige Beispiele mit. Präparate werden abgebildet.)

98. Kalmykoff, K. N., Die Behandlung des Uteruskarzinoms mit Röntgenstrahlen. Journ. akusch. i shensk. bol. Bd. 29. S. 393—408. (Russisch.) (Technik. — Behandlung von sechs inoperablen Fällen. Vier entzogen sich der Behandlung; bei den übrigen trat nach 520 resp. 346 X bedeutende subjektive und objektive Besserung ein. Fernresultate stehen aus.)

99. Kassogledow, W., Die unmittelbaren Resultate der Behandlung inoperabler Formen von Uteruskarzinom und postoperativer Rezidive mit Radium und Röntgenstrahlen. Wratsch. Gaz. Nr. 12. S. 481—485. Nr. 13. S. 545—549. (Russisch.) (Das Material umfasst acht Patientinnen. Bei vier von ihnen war die karzinomatöse Neubildung zwar inoperabel, aber nicht allzusehr verschleppt. Hier wurde durch die kombinierte Behandlung mit Radium und Röntgenstrahlen eine solch beträchtliche Besserung erzielt, dass, wenn nicht die verhältnismässig kurze Beobachtungsdauer [98, 83, 74 und 45 Tage] wäre, man fast von einer klinischen Heilung hätte sprechen können. Bei den vier anderen Patientinnen war das Leiden von weit schwererer Natur, aber auch in diesen Fällen konnte trotz der Kürze der Behandlungsdauer [40, 39, 31 und 22 Tage] eine unzweifelhafte Besserung festgestellt werden. In den weiter entfernten Partien des ausgedehnten Infiltrates waren allerdings einstweilen noch keine erheblichen Veränderungen zu konstatieren.)

100. De Keating-Hart, Sur la thermoradiothérapie. Soc. de méd. de Paris. Sitzg. vom 24. Jan. Ref. La Presse méd. Nr. 11. S. 112. (Je wärmer ein Gewebe, um so empfindlicher für die Bestrahlung und umgekehrt. Vortragender erwärmt die Tumoren mittelst elektrischer Ströme, während er die Elektroden in Eis der Haut aufsetzt, um letztere unempfindlich zu machen. Währenddessen wird röntgenbestrahlt. Dieselben Resultate wie sonst werden mit kleineren Dosen erreicht. Bei Myomen gelang es auch bei jungen Frauen, die Menstruation zu erhalten, während die krankhaften Symptome schwanden. Bei Karzinomen sind die Resultate gleich gute.)

101. Keetman, B., Die Absorption der β-, γ- und Röntgenstrahlen im Gewebe. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 16. S. 739—743. (Nach den Beobachtungen Keetmans muss ein Unterschied in der biologischen Wirkung zwischen X- und Radiumstrahlen angenommen werden, d. h. kommen gleiche Energiemengen beider Strahlensorten im Gewebe zur Absorption, so ist die biologische Wirkung nicht die gleiche. — Eignet sich nicht zu einem kurzen Referat.)

102. — und M. Mayer, Gesichtspunkte für die Mesothoriumtherapie. Strahlentherapie. 1913. Bd. 3. Heft 2. S. 745—758. (Technisches.)

103. Keil, G., Technik der Mesothoriumbehandlung bei gynäkologischen Fällen. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 20. S. 1108—1112. (Auf das genaueste wiedergegebene Technik, die im Original durchzusehen ist. Gleichzeitige intravenöse Infusionen von Enzytol, Radium-Barium-Selenat, Metallkolloiden usw.)

104. Kirstein, F., Was brachte das Jahr 1913 der gynäkologischen Röntgentherapie? Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. 22. Heft 1. S. 47—68. (Sammelreferat.)

105. Klein, G., Primäre Ergebnisse der kombinierten Karzinombehandlung mit Mesothorium, Röntgenstrahlen und intravenösen Injektionen. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 3. S. 115—118. (Cf. Jahrgang 1913 dieses Jahresberichts, dieses Kapitel Nr. 80.)

106. Klotz, R., Zur Frage der intravenösen Metallkolloidinjektion bei der Karzinombehandlung. Strahlentherapie. Bd. 4. Heft 2. S. 622—625. (Elektrokobalt [Clin-Paris] und kolloidales Selen [C. H. Burck-Stuttgart] — 5 ccm einer 0,02%igen Lösung mit 50 ccm NaCl-Lösung langsam im Verlauf von 15—20 Minuten eingespritzt — rufen keine Nebenerscheinungen hervor, sollen aber die Strahlenwirkung sehr unterstützen. Beweisende Krankengeschichten fehlen. Verwendung nur absolut klarer Ampullen. Wiederholung jeden neunten Tag. Bei Arteriosklerose und Kachexie individuelle Dosierung mit kleinen Mengen beginnend.)

107. Knox, R., Die Radiumtherapie bei malignen Tumoren. Arch. f. physik. Med. u. med. Technik. Bd. 8. Heft 4. S. 226—235. (Nicht speziell gynäkologisch. Nichts Neues.)

108. Koblanck, A., Welche Karzinome eignen sich zur Behandlung mit radioaktiven Stoffen. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 17. S. 790—791. (Nicht speziell gynäkologisch. — Erfahrungen seit Ende März 1913 — also nicht ganz ein Jahr [! Ref.] — an 154 selbst behandelten und vielen von anderer Seite bestrahlten Fällen. Am günstigsten sollen die oberflächlichen Kankroide des Gesichts, die Karzinome des Uterus, der Scheide und der Vulva, die Krebse der Tonsillen und der Parotis sein. Verf. schliesst dies

aus folgendem Resultat der Uterus- und Scheidenkarzinombehandlung: von 36 Karzinomen dieser Art sind bisher — also innerhalb eines Jahres [! Ref.] 8 gestorben, 6 ungeheilt entlassen, die übrigen sind teils scheinbar geheilt, teils sind sie noch in Behandlung; unter den Gestorbenen befinden sich 3 operable. [Es dürfte wirklich an der Zeit sein, dass man sich betreffend der Veröffentlichung von Krebsbestrahlungsresultate darüber einigt, was man „günstige" (!) Resultate nennt! — Ref.] Weiter hat Verf. an seinen Fällen bei 7 Kranken 9 Fisteln infolge der Bestrahlung entstehen sehen. Auch Scheiden- und eine Darmstenose und enorme Brüchigkeit des Darmes. — Es werden zur Heilung der Karzinome mit radioaktiven Stoffen sechs Forderungen aufgestellt. Diese sind im Original nachzusehen.)

109. Köhler, R. und O. Schindler, Zur Karzinombehandlung mit Radium. K. k. Ges. d. Ärzte in Wien. Sitzg. vom 6. März. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 12. S. 684. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 18. S. 859. La Sem. méd. Nr. 10. S. 120. Als Original erschienen i. d. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 15. S. 418—421. (11 Fälle; davon ist eine gestorben, und vier Frauen sind noch in Behandlung. Sechs werden vorgestellt. Die Tumoren sind vollkommen verschwunden, Metastasen sind anscheinend nicht vorhanden. In einem Fall entstand eine Rektovaginalfistel. Lokale Schädigungen sind wohl infolge der Sekundärstrahlung an den Bleifiltern entstanden. Empfehlung von Messingfiltern; ausführliche Mitteilung der Technik. Zur Behandlung inoperabler Fälle sind keineswegs enorm hohe Dosen nötig, um befriedigende Resultate zu erzielen. Im Gegenteil dürfte es sich empfehlen, noch geringere Dosen als bisher anzuwenden und die Intervalle zwischen den einzelnen Bestrahlungen zu verlängern. Keine der übrigen Palliativmethoden, wie Exkochleation und Paquelinisierung, kann annähernd so günstige Erfolge, welche bis zur völligen klinischen Heilung führen, zeitigen. Das Hauptgewicht ist auf die Ausarbeitung der Technik zu legen mit besonderer Rücksichtnahme auf individualisierende Dosierung und entsprechende Filterung und Distanzierung.)

110. Kohlrausch, Über die physikalischen Grundlagen der Radiumtherapie. Ges. f. Natur- u. Heilk. zu Dresden. Sitzg. vom 14. März. Ref. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 16. S. 766—767. (Nur Physikalisches, nichts Praktisches.)

111. König, F., Probleme der Krebsbehandlung im Zeichen der Radiotherapie. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 22. S. 1224—1226. (Die Benutzung der Krönigschen Statistiken zur Empfehlung der Strahlentherapie auch bei operablen Tumoren ist absolut unzulässig. Die operative Behandlung verfügt über ganz sicher bekannte Endresultate, denen vorläufig die Strahlentherapie nicht Gleichwertiges an die Seite zu stellen hat. Eine Statistik über die Dauerresultate der Radiotherapie maligner Geschwülste ist überhaupt noch unmöglich. Nicht eine Einschränkung, sondern im Gegenteil eine Erweiterung der Indikation zur Operation ergibt sich als notwendige Folgerung aus den Ergebnissen, welche die moderne Radiotherapie bislang für die bösartigen Geschwülste aufzuweisen hat.)

112. Kossogljadoff, W. M., Die unmittelbaren Ergebnisse der Radium- und Röntgentherapie bei inoperablem Uteruskrebs und bei postoperativen Rezidiven. I. russ. Krebskongr. zu St. Petersburg. 31. März bis 3. April. Ref. Verhandl. d. I. russ. Krebskongr. in St. Petersburg. (Russisch.) (15 eigene Fälle. Die praktischen Erfolge dieser Therapie sind noch nicht eindeutig genug und sie ist deshalb zunächst nur noch in der Klinik anzuwenden. „Relativ" elektive Wirkung der Strahlen: kleine Dosen wirken stimulierend auf das Krebsgewebe, ohne das normale Gewebe zu reizen, mittlere Dosen haben einen hemmenden Einfluss auf das Karzinom und rufen im normalen Gewebe die Bildung von Schutzfermenten hervor; grosse Dosen haben eine allgemeine Nekrobiose zur Folge.)

113. Kotzenberg, W., Die Röntgentherapie der malignen Geschwülste. v. Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 92. Heft 4. S. 784. (Hauptsächlich chirurgisches Material, aber auch 13 inoperable Fälle von Carcinoma uteri, von denen 5 gebessert resp. klinisch geheilt sind.)

114. Krakowski, I., Die Behandlung des Karzinoms mittelst Röntgenstrahlen, Radium und Mesothorium. Dissert. in. München. Juli.

115. Krebsbehandlung mit radioaktiven Stoffen. Zum Thema der —. 43. Kongr. d. Deutsch. Ges. f. Chir. 15.—18. April in Berlin. Ref. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 17. S. 816—817. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 18. S. 934—935. Münchn. med. Wochenschrift. Nr. 18. S. 1016. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 18. S. 592—593. La Sem. méd. Nr. 16. S. 186—187. (Habs, v. Eiselsberg, Wendel, Wilms, Spalitzer, Keysser,

Tillmann, Müller u. a. Gynäkologische Erfahrungen werden mitgeteilt von Krönig, Werner, Heymann, Warnekros u. a.)
116. Kreutzmann, H. J., Röntgen rays and mesothorium in gynaecologic practic. Calif. State Journ. of Med. Bd. 12. Nr. 3. S. 112.
117. Kreuzfuchs, S., Röntgen- oder Radiumbehandlung. Zentralbl. f. d. ges. Therapie. Bd. 32. Heft 3. S. 113—114. (Verf. hebt die Vorteile der Röntgenbestrahlung gegenüber der Radiumbestrahlung bei der Behandlung der malignen Tumoren hervor. Nichts Neues.)
118. Krönig, B., The Röntgen rays, radium and mesothorium in the treatment of uterine fibroids and malignant tumors. The Amer. Journ. of obst. and dis. of women and childr. Bd. 69. Nr. 434. Febr. S. 205—214. (Cf. Kapitel „Strahlentherapie der Myome", Nr. 47.)
119. — Welche Schlussfolgerungen ergeben sich nach zwei Jahren zurückreichende Beobachtungen von Karzinomkranken, die mit strahlender Energie behandelt sind. Freiburger med. Ges. Sitzg. vom 3. Febr. Als Original erschienen i. d. Deutsch. med. Wochenschr. Nr. 15. S. 740—746. Nr. 16. S. 793—798. (Cf. Nr. 121). Diskussion: Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 16. S. 829—830.
120. — Über die biologische Reichweite der Radium-Mesothorium- und Röntgenstrahlen. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 31. S. 1715—1716. (Verf. versucht den Beweis zu erbringen, dass auch durch 10 cm Gewebe ein Karzinom mit Radium- und Mesothoriumstrahlen zu beeinflussen ist und zwar elektiv in der Weise, dass das darüber gelegene, durchstrahlte Gewebe keine wesentlichen Veränderungen aufweist. Darin stehen diese Strahlen den Röntgenstrahlen nicht nach. Auch ist die Wirkung der Radium-, Mesothorium- und Röntgenstrahlen keineswegs allein von der grösseren oder geringeren Penetrationsfähigkeit der Strahlung abhängig, sondern erstere sind den letzteren biologisch nicht gleichwertig. Ebenso wie die biologische Wirkung des roten Lichtes von der biologischen Wirkung des viel kurzwelligeren ultravioletten Lichtes sich unterscheidet, ebenso ist anzunehmen, dass sich auch die Röntgenstrahlen von den Gammastrahlen des Radiums und Mesothoriums biologisch trennen. Ausserdem verhalten sich verschiedene Karzinome gegen Radium- und Röntgenstrahlen ganz verschieden. Man kann also durchaus nicht sagen: die Radiumbehandlung hat sich überlebt, nur die Röntgenbehandlung kommt noch in Betracht.)
121. — C. J. Gauss, B. Krinski, H. Lembcke, J. Wätjen und M. Königsberger, Weitere Erfahrungen bei der nichtoperativen Behandlung des Krebses. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 15. S. 740—746. Nr. 16. S. 793—798. Ref. Wiener klin. Wochenschrift. Nr. 19. S. 628—629. (Die Arbeit hat vier Teile. Im rein physikalischen werden die Begriffe der Impulsstärke der kritischen Dosis erörtert und deren rechnerisch feststellbarer Wert mit Formeln abgeleitet. Der experimentelle Abschnitt enthält Prüfungen der Wirkung verschiedener Abstände der strahlenden Substanzen auf die Geschwulstzelle und normales Gewebe. Die histologische Untersuchung der bestrahlten Gewebe nimmt den dritten Teil ein, der letzte bringt das klinisch Wichtige. — Der Elektivitätsquotient zwischen der normalen Zelle und der Krebszelle ist so gross bei Gamma- und gefilterten Röntgenstrahlen, dass die normale Zelle viel weniger leicht geschädigt wird. Die Strahlen der Röntgenröhre und die der radioaktiven Substanzen haben in bezug auf die histologischen Veränderungen der Gewebe gleiche Wirkung. Bei der Verwendung von Mesothor und Radium für tiefliegende und tiefergreifende Krebse muss die Hautdistanz mindestens 5 cm betragen. Die vorübergehend günstige Beeinflussung der Metastasen drängt dazu, auch diese der Aktinotherapie zu unterwerfen. Keiner Strahlenart eignet etwa eine spezifische Wirkung auf den Gesamtorganismus, sondern die Strahlen gleichen einander hierin völlig. Die Applikation hoher Dosen und lange Bestrahlungsdauer kann für den Gesamtorganismus ganz unschädlich sein, was in der Krankengeschichte und dem Sektionsbericht über einen bekannten, an Melanosarkom verstorbenen Freiburger Chirurgen gezeigt wird. — Die Forderung, alle Krebse aller Arten, selbst die operablen, der Bestrahlung zu unterwerfen, scheint nach den günstigen Ergebnissen der Freiburger Schule, die in vielen Fällen bis zwei Jahre Rezidivfreiheit sah, berechtigt. — Die beste Wirkung ist immer mit möglichst hohen Dosen in kurzen Intervallen erreicht worden.)
122. Kupferberg, H., Röntgen-, Radium- und Mesothoriumstrahlen im Dienste der Gynäkologie. Fortschr. d. Med. Nr. 6. S. 145—154. (Übersicht.)
123. — Erfahrungen mit der Radiumtherapie der Karzinome. Ärztl. Kreisverein Mainz. Sitzg. vom 17. Febr. u. 3. März. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 16. S. 906—907.

(Hauptsächlich Technik und Biologie der Strahlenwirkung, mit Demonstration einiger seit „bereits" zwei Monaten [! Ref.] in Behandlung befindlicher Fälle, die auf dem Wege der Besserung sein sollen.)

124. Küstner, O. und F. Heimann, Ergebnisse der Strahlenbehandlung der Karzinome. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 33. S. 1651. Ref. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 43. S. 1389—1390. (Resultate der Breslauer Frauenklinik mit der kombinierten Röntgen- und Radiumbestrahlung. Gute Erfolge bei inoperablen Fällen; bei Rezidiven weniger günstige Wirkung. Drei operable Fälle, die nicht operiert werden konnten — Diabetes, Schwäche — zeigten vollkommenes Verschwinden der Tumoren. Empfehlung der prophylaktischen Bestrahlung nach und der vorbereitenden Bestrahlung vor der Operation. — Technik.)

125. Lahm, W., Cervixkarzinom. Freie Ver. mitteldeutsch. Gyn. Sitzg. vom 26. Okt. 1913. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 1. S. 44. (Histologische Veränderungen infolge Bestrahlung.)

126. — Über den Einfluss von Radium-Mesothoriumbestrahlungen auf das Cervixkarzinom. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. Heft 3. S. 279—289. (Verf. kommt auf Grund histologischer Untersuchungen von Probeexzisionen zu der Ansicht, dass das Karzinomgewebe hauptsächlich durch Phagozytose zum Schwinden gebracht wird. Die Karzinomzellen werden durch die Bestrahlung geschädigt, d. h. das in ihnen aufgespeicherte Lezithin wird unter Cholinbildung zersetzt, wodurch chemotaktisch angelockte, aktivierte Leukozyten phagozytär den Tumor zerstören.)

127. Landau, L., Zur Behandlung des Carcinoma uteri mittelst radioaktiver Substanzen. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 11. S. 398—399. Ref. Ann. de gyn. et d'obst. Bd. 11. Mai. S. 314 bis 315. (Landau nimmt entgegen Bumm den Standpunkt ein, dass man bei operablen Karzinomfällen nicht auf die Operation [vaginale Totalexstirpation] verzichten und sich nicht mit der Strahlentherapie begnügen soll.)

128. Latzko, W., Radiumbehandlung. Geb.-gyn. Ges. in Wien. Sitzg. vom 20. Jan. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 29. S. 1024—1027. (Lokal sehr günstige Wirkung, jedoch berichtet Verf. über einen Fall mit starker Allgemeinstörung und über drei Fälle progredienter Schädigung des Rektum. — Diskussion: v. Graff hat ebenfalls bei grossen Dosen schwere Schädigungen gesehen; Wagner hat Radiumulzera nach Exstirpation rezidivieren sehen, und Wertheim, der eine exquisite Stenosierung des Mastdarms nach Radiumbehandlung eines Uteruskarzinoms zu Gesicht bekam und nach dessen Ansicht von einer rein elektiven Wirkung des Radium in bezug auf Karzinom nicht die Rede sein kann.)

129. Lazarus, P., Stand und neue Ziele der Radium-Mesothorium-Therapie. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 5. S. 201—207. Nr. 6. S. 258—264. Zentralbl. f. Röntgenstr., Radium u. verw. Gebiete. Nr. 1/2. S. 6—11. Nr. 3. S. 106—114. (Cf. dieses Kapitel im Jahrgang 1913 dieses Jahresberichts, Nr. 102.)

130. — Die Radium-Mesothoriumanwendung bei inneren Erkrankungen einschliesslich der Neubildungen. Vortrag, gehalten auf dem XXXI. Deutsch. Kongr. f. inn. Med. zu Wiesbaden, 20.—24. April. Als Original erschienen in: Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. Nr. 22. S. 688—697. (Verf. unterscheidet: 1. Reizbestrahlungen, welche Proliferationsimpulse, Leukozytose, Hyperämie und Wachstumsvermehrung erzeugen; 2. mittlere. Bestrahlungen, die das Wachstum z. B. von lymphatischen Hyperplasien hemmen und 3. Starkbestrahlungen, welche die Zelle steril machen und so zu deren Involution führen. Anwendung dieser drei Bestrahlungsarten in der inneren Medizin. Es wird besonders auch auf die Technik der Bestrahlungstherapie von Tiefenherden eingegangen.)

131. Lazarus-Barlow, W. S., Radium and Radiation as a therapeutic agent. North London med. and chir. Soc. Sitzg. vom 12. März. Ref. The Lancet. Nr. 4726. 28. März. S. 894—895. (Biologie der Strahlenwirkung. — Diskussion: Semon, Rowntree, nicht speziell gynäkologisch.)

132. Ledoux-Lebard, R., De la valeur des substances radio-actives dans le traitement des tumeurs malignes. Journ. de rad. et d'électr. Nr. 2. S. 75—82. (Nichts Neues.)

133. Legueu, F. et H. Chéron, Guérison par la radiumthérapie d'un cancer urétro-vaginal inopérable; traitement radiumthérapique du cancer de l'utérus. Soc. de chir. de Paris. Sitzg. vom 11., 18. und 25. Febr. u. 4. März. Ref. Revue mens. de gyn., d'obst. et de péd. Nr. 6. S. 403—404. Als Original erschienen i. d. Revue prat. d. malad. d. org. gén.-urin. Nr. 62. S. 86—90. Journ. de méd. intern. Nr. 18. S. 171—172. (Ein inoperables Karzinom der Urethra bei einem 26jährigen Mädchen, das weit um sich gegriffen

hatte, wurde durch Radiumbestrahlung vollkommen geheilt, leider unter Zurücklassung einer Urethrafistel. Patientin starb 30 Monate später im Anschluss an die Operation dieser Fistel. Bei der Sektion konnten keine Reste des Karzinoms mehr nachgewiesen werden. — Diskussion: Savariaud hat einen Fall von inoperablem Portiokarzinom durch Radiumbestrahlung seit 18 Monaten geheilt. P. Delbet erkennt der Radiumbestrahlung nur als Palliativmittel grossen Wert an; Rezidiv und Karzinomtod lassen sich durch ihn auf die Dauer nicht verhüten. J. L. Faure teilt einen Fall aus seiner Praxis mit, der nun seit 3½ Jahren rezidivfrei blieb. Pothérat behauptet, nie wahre Heilungen infolge der Bestrahlung gesehen zu haben. Demoulin sah eine Frau nach Heilung des Primärtumors an Metastasen in der Wirbelsäule zugrunde gehen. Ch. Monod hat eine Patientin seit vier Jahren geheilt und rezidivfrei; trotzdem bestrahlt er sie alle sechs Monate prophylaktisch weiter.)

134. Levin, I., Radium and Röntgentherapy in cancer. Med. Record. 1913. Dez. S. 1064.

135. — Relation between surgical treatment and radiotherapy of cancer. Med. Record. Bd. 86. Nr. 15. S. 615.

136. Lorey, A., Kombinierte Radium- und Röntgentherapie bei malignen Tumoren. 35. Balneologenkongr. in Hamburg. 11.—16. März. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 14. S. 789. (Hervorragende lokale Heilwirkung; jedoch sind die Erfolge noch nicht so sicher, dass man auf chirurgische Eingriffe verzichten könnte.)

137. — Über Radium und Röntgentherapie der malignen Tumoren. Med. Klinik. Nr. 20. S. 841—845. (Übersicht des jetzigen Standes dieser Therapie. Warnung vor zu grossem Optimismus; über die Dauererfolge lässt sich bis jetzt noch kein Urteil abgeben. Operable Fälle sind unbedingt vorher zu operieren. — 60 eigene Fälle, davon 26 Krebse der weiblichen Genitalien, kombiniert mit Radium-, Mesothorium- und Röntgenstrahlen behandelt. Auf diesem Gebiete waren die Resultate am günstigsten. Besonders zur Verhütung postoperativer Rezidive kommt der Behandlung eine besondere Bedeutung zu.)

138. Ludwig, E., Studie über Strahlungen, speziell Heilwirkung der Bierhefe auch als Ersatz des Krebsheilmittels Radium? Frankfurt a. M., Selbstverlag, Kaulbachstr. 18. (132 Seiten; 2.40 Mk.)

139. Mansfeld, O., Die Strahlentherapie des Gebärmutterkrebses. Orvosi Hetilap. Nr. 10. (Seit Juli 1913 wurden 24 Fälle der kombinierten Behandlung mit Radiumbromid und harten Röntgenstrahlen unterzogen; nur inoperable Fälle. Glänzende Resultate. Jedoch hat das Radiumbromid folgende Nachteile: die Manipulationen im karzinomatösen Gewebe erwecken die Virulenz der Bakterien und können zur Peritonitis führen. Die Strahlentherapie tastet im Dunkeln: bei einem scheinbar solitären Krebs wurde Carcinosis peritonei gefunden.)

140. Mayer, A., Erfahrungen mit der Mesothoriumbehandlung inoperabler Karzinome. Bayr. Ges. f. Geb. u. Frauenheilk., Sitzg. vom 7. Dez. 1913. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. Heft 4. S. 518—519. (Resultate der Tübinger Frauenklinik; berechtigen dazu, die gesetzten Hoffnungen zu teilen. Erfahrungen der kombinierten Strahlen-Chemotherapie an 13 inoperablen Rezidiven sind bisher günstige. Nachteile wurden nicht gesehen.)

141. Meidner, S., Über moderne Radiotherapie der Geschwülste. Ther. d. Gegenw. Nr. 1. S. 28—35. (Bericht über die Dezember-Sitzungen [1913] der Berliner med. Gesellschaft [Bumm, Lazarus, v. Seuffert, Gauss u. a.]. Verf. kommt nach diesen und eigenen Erfahrungen zum Schluss, dass die Aktinotherapie als Palliativbehandlungsmethode geeignet, die Strahlenwirkung jedoch nur eine lokale ist. Wo Metastasen bestehen, und dies ist meistens der Fall, ist der Zustand schon irreparabel. Noch operable Tumoren sind vorläufig nach wie vor zu operieren.)

142. — Zur Mesothortherapie maligner Geschwülste. Radium-Therap. 1913. Heft 2. S. 27 bis 36. (Erfahrungen an eigenem Material. Gutes Palliativmittel; kein absolutes Heilmittel. Operable Fälle müssen auch weiterhin noch operiert werden.)

143. — Fortschritte der Röntgen-Intensivbestrahlung maligner Geschwülste. Ther. d. Gegenw. S. 365. (Gute Zusammenstellung.) (J. Veit.)

144. Menge, C., Demonstration von Kranken mit Uteruskarzinomen, welche mit Mesothorium und Radium behandelt worden sind. Oberrhein. Ges. f. Geb. u. Gyn. Sitzg. vom 26. Okt. 1913. Ref. Beitr. z. Geb. u. Gyn. Bd. 19. Heft 2. S. 309—314. Monatsschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. Heft 3. S. 390—394. (Menge teilt auf Grund seiner Beobachtungen den Standpunkt Krönigs und Döderleins, dass vorläufig alle Karzinome, besonders auch die beginnenden und auch die Korpuskarzinome, durch

Bestrahlung behandelt werden sollen. — Diskussion: Jung, H. Freund, Fehling, Krinski, Hofmeier.)
145. Meyer, E., Zur Wertung der intrauterinen Radiumapplikation bei Carcinoma uteri. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 31. S. 1092. (Zwei Fälle von Cervixkarzinom, bei denen nach endozervikaler Radiumapplikation einmal eine schwere, parauterine Entzündung des ganzen Beckenbindegewebes und der Adnexe mit Ausgang in Heilung, einmal nach gleicher Behandlung eine foudroyante Sepsis auftrat, die in kurzer Zeit den Exitus herbeiführte. Die Fälle zeigen die Gefahren der intrauterinen Radiumapplikation.)
146. Meyer, F. M., Einige Bemerkungen zur Dosierung bei der Röntgenbehandlung des Karzinoms. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. 21. Heft 5. S. 558—561. (Technisches: wird im Kapitel „Elektrizität usw." referiert. Sowohl bei Myomen als bei Karzinomen soll man sich mit mittleren Dosen begnügen.)
147. Monheim, M., Demonstration eines Falles von Röntgenverbrennung bei Karzinombestrahlung. Gyn. Ges. in München. Sitzg. vom 18. Juni. Ref. Münchn. med. Wochenschrift. Nr. 32. S. 1791. (Patientin wurde wegen inoperablen Karzinoms mit der Intensivbestrahlung bis zur Erythemgrenze behandelt. Der Erfolg ist befriedigend, aber die Patientin hat jetzt trotz aller Vorsichtsmassregeln und Vermeidung der Erythemdosis doch eine Röntgenverbrennung auf dem Rücken bekommen.)
148. Monod, R., Traitement du cancer par le radium. Soc. de chir. de Paris. Sitzg. vom 4. März. Ref. La sem. méd. Nr. 10. S. 117. (Eine im Jahre 1910 wegen inoperablem Cervixkarzinom bestrahlte 54 jährige Frau wurde subjektiv und objektiv geheilt und blieb bis jetzt gesund und rezidivfrei. — Technik.)
149. Morson, A. Clifford, Radium and cancer; histology. Pathol. Soc. of Great Britain and Ireland. Sitzg. vom 9.—10. Jan. Ref. The Brit. med. Journ. Nr. 2768. 17. Jan. S. 145. (Nach 15 Stunden fangen die Karzinomzellen zu degenerieren an, die Kerne werden undeutlich; nach 20 Stunden ist nur noch eine strukturlose Masse degenerierter Zellen in verschiedenen Stadien zurückgeblieben. Die Veränderungen sind chemischer Art, sind auf die unmittelbare Umgebung der Tube beschränkt. In einzelnen Fällen scheinen Tumorzellen widerstandsfähig zu sein. Rundzellensarkome reagieren sehr leicht. Spindelzellensarkome weit weniger. Auch bei den verschiedenen Karzinomarten sind viele Abstufungen zu erkennen. Auf Metastasen wurde in vier Fällen eine gewisse Wirkung erzielt.)
150. — Changes in malignant tumours on exposure to the gamma rays of radium. Sect. of pathol. of the royal Soc. of Med. Sitzg. vom 17. Febr. Ref. The Lancet. Nr. 4722. 28. Febr. S. 612. The Brit. med. Journ. Nr. 2773. 21. Febr. S. 427—428. (Rasche Degeneration der malignen Zellen in der unmittelbaren Nähe der Radiumtube, Vakuolisierung und Vergrösserung der Kerne in den Zellen ausserhalb des degenerierenden Bezirkes. An Tumoren ausserhalb des Körpers entstehen diese Veränderungen nicht, sind also wohl Folge chemischer Einwirkung. Karzinome sind sehr verschieden empfindlich gegen Radiumbestrahlung, Sarkomzellen sehr stark empfindlich. Auch in Metastasen konnte er nach Bestrahlung Degeneration der malignen Zellen feststellen.)
151. Müller, Ch., Die Krebsbehandlung. Drei Vorträge. J. F. Lehmanns Verlag, München. (72 Seiten. Preis 1.80 Mk.) (Cf. Jahrgang 1913, Bd. 27 dieses Jahresberichtes, dieses Kapitel, Nr. 114.)
152. — Physikalische und biologische Grundlagen der Strahlenwirkung radioaktiver Substanzen, besonders des Mesothoriums und der Ersatz derselben durch Röntgenstrahlen. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 3. S. 134. (Nachtrag zu einer Arbeit, referiert in diesem Jahresbericht, 1913, dieses Kapitel, Nr. 113.)
153. — Die Röntgenbehandlung der malignen Tumoren und ihre Komplikationen. Münchn. gyn. Ges. Sitzg. vom 19. April 1913. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 4. S. 173. (Allgemeines.)
154. — Operation oder Bestrahlung. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 22. S. 1226—1227. (Nach Ansicht und sechsjähriger Erfahrung des Verf. kann der praktische Arzt, wenn er vor die Frage gestellt wird ob Strahlenbehandlung oder Chirurgie, die Strahlentherapie als erste Behandlungsmethode empfehlen. Nach einer, wenn auch erfolglosen Durchführung der Strahlentherapie ist die Heilmöglichkeit durch die Operation in keiner Weise beeinträchtigt. Die Anzahl der erfolgreich behandelten Fälle, die nach drei Jahren noch rezidivfrei geblieben, ist prozentual so gross, dass behauptet werden darf, dass die Rezidivierungsmöglichkeit von durch Röntgenstrahlen zum Verschwinden gebrachter Tumoren eine geringere ist, wie solcher durch Operation entfernter. —

Kritik von L. Heidenhain zu dieser Arbeit cf. Nr. 77 und Erwiderung darauf von Ch. Müller, cf. Nr. 155.)
155. Müller, Ch., Operation oder Bestrahlung. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 33. S. 1809—1811. (Erwiderung an L. Heidenhain — cf. Nr. 77.)
156. Nahmmacher, F., Radium und Mesothorium in der Heilkunde (bei Geschwülsten und gynäkologischen Erkrankungen). Strahlentherapie. Bd. 4. Heft 1. S. 109—122. (In Kombination mit der Chemotherapie recht gute Erfolge. Technik. Indikationsstellung. Auch eine Reihe von Myomen und klimakterischen Blutungen hat Verf. mit Radium und Mesothorium erfolgreich behandelt.)
157. Newzomet, Wm. S., 100 Fälle von mit Radium behandelten malignen Erkrankungen. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. 22. Heft 3. (Zwei Fälle von Cervixkarzinom wurden wesentlich gebessert, sonst bei tiefsitzenden Karzinomen meist keine wesentlichen Erfolge erzielt.)
158. Nogier, Th. et Cl. Regaud, Décroissance de la radiosensibilité des tumeurs malignes traitées par des doses successives et convenablement espacées de rayons X; autoimmunisation contre les rayons. Acad. d. sciences de Paris. Sitzg. vom 18. Mai. Ref. La sem. méd. Nr. 24. S. 283—284. (Nicht-gynäkologische Fälle. Ergibt sich aus der Überschrift.)
159. Oberndorfer, S., Demonstration über die Einwirkung der Strahlenbehandlung auf menschliche Tumoren. 17. Tagung d. Deutsch. Pathol. Ges. in München. 23.—25. März. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 18. S. 936. (Eine streng elektive Wirkung auf die Tumorzellen allein wird nicht ausgeübt und in den vorliegenden Fällen hat sich eine vollkommene Ertötung der Geschwülste nicht erreichen lassen, wenn auch erhebliche regressive Veränderungen zu verzeichnen waren.)
160. Opitz, E., Einrichtung zur Strahlenbehandlung in der vom Hessischen Landesverein für Krebsforschung errichteten Strahlenheilstätte. Med. Ges. in Giessen. Sitzg. vom 3. März. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 29. S. 1499. (1. Beckenbindegewebsrezidiv nach Korpuskarzinom durch intensive Röntgenbestrahlung zum Verschwinden gebracht. 2. Rückbildung, aber nicht Heilung eines Uterussarkoms. 3. Korpuskarzinom wesentlich durch Bestrahlung verändert. 4. Rektumkarzinom ähnlich beeinflusst.) (J. Veit.)
161. Pagenstecher, A., Über die Dauerbehandlung mit Röntgenstrahlen. 10. Kongr. d. Deutsch. Röntgenges. in Berlin vom 19.—21. April. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 19. S. 1088. (Bei den bisherigen Methoden der kurzzeitigen Intensivbestrahlung ist die Metastasengefahr recht erheblich. Bestimmte Gewebsbezirke erhalten zu leicht eine Reizdosis. Von etwa 150 inoperablen Tumoren, die in den letzten zwei Jahren bestrahlt wurden, wurde keiner wirklich geheilt, abgesehen vom Uteruskarzinom. Nach Rückgang des primären Tumors trat rascheres Wachstum und dann rasche Metastasierung auf. Man sollte täglich bestrahlen, aber länger und härter und diese mehrstündigen Dauerbestrahlungen entsprechend oft wiederholen. Auch mit Radium und Mesothorium bewährten sich häufige längere Bestrahlungen mit kleinen Dosen besser als die Intensivbestrahlungen mit grossen Mengen.)
162. Pankow, O., Was hat die Strahlentherapie in der Behandlung gutartiger und bösartiger Geschwülste bisher geleistet? Niederrhein.-westf. Ges. f. Gyn. u. Geb. Sitzg. vom 1. März. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. Heft 5. S. 726—727. (Cf. Kapitel „Strahlentherapie der Myome", Nr. 60.)
163. — Über Blasen- und Mastdarmschädigungen bei Radium- und Mesothoriumbehandlung des Uteruskarzinoms. Niederrhein.-westf. Ges. f. Gyn. u. Geb. Sitzg. vom 24. Mai. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. Heft 1. S. 168—170. (Erfahrungen an 50 Fällen. Die Blase zeigte sich, auch gegen sehr grosse Dosen, sehr resistent. Eine Blasenfistel kam nur zustande infolge Übergreifen des Karzinoms auf die Blasenwand. Dagegen wurden wiederholt Rektumscheidenfisteln beobachtet. Versuche am Kaninchen ergaben, dass bei Einlegen von Mesothoriumkapseln in die Vagina Ulzerationen im Rektum entstehen, ohne dass die Vaginalwand selbst Veränderungen zeigt. Die Rektovaginalfisteln beim Menschen sind auf Überdosierung zurückzuführen.)
164. — Die Strahlentherapie in der Gynäkologie. In: Eine Woche Bauchchirurgie. Düsseldorf, Schmitz u. Olbertz, S. 188.
165. Peham, H., Röntgen- und Radiumbehandlung in der Gynäkologie. Med. Klinik. Nr. 12. S. 487—490. (Cf. Kapitel „Strahlentherapie der Myome", Nr. 62.)
166. Pentimalli, F., Über die Wirkung des Mesothoriums auf den Mäusekrebs. Zieglers Beitr. z. path. Anat. u. z. allg. Pathol. Bd. 59. Heft 3. S. 674—711.

167. Pförringer, S., Beiträge zur Radiotherapie inoperabler Tumoren. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. 21. Heft 6. S. 680—687. (In der Behandlung inoperabler Tumoren ist die kombinierte Strahlentherapie der chirurgischen Therapie überlegen. Sie ermöglicht noch weitgehende Besserung und sogar noch Beseitigung von Tumoren, wo die chirurgische Therapie versagt. Bei operablen Tumoren kann sie unter Umständen primäres Verschwinden der Neubildung bewirken. Ob sie imstande ist, Heilung herbeizuführen, ist noch ungewiss. Die Strahlentherapie ist als ein eminent wirksames Palliativmittel zu betrachten.)

168. Pierra, L., Une enquête allemande sur la radiothérapie et la radiumthérapie en gynécologie. Revue mens. de gyn., d'obst. et de péd. Nr. 4. S. 258—261. (Tabellarische Wiedergabe der Resultate der von der „Medizinischen Klinik" veranstalteten Rundfrage an den Deutschen Kliniken über die Erfolge der Radio- und Radiumtherapie.)

169. Pinch, A. E. Hayward, Radium Therapy. Med. Soc. of London. Sitzg. vom 9. März. Ref. The Lancet. Nr. 4724. 14. März. S. 749—750. The Brit. med. Journ. Nr. 2777. 21. März. S. 652. (Technik. — Ausgezeichnete Resultate beim Uteruskarzinom. Jedoch sollen operierbare Fälle operiert werden. — H. Williamson hat nur inoperable Fälle bestrahlt und keine Heilungen gesehen, jedoch äusserst günstige Beeinflussung und Verlängerung des Lebens. Ohne Ausnahme ist aber das Karzinom später plötzlich in erhöhtem Masse gewuchert.)

170. — A report of the work at the Radium Institute from Jan. 1 to Dec. 31, 1913. The Lancet. Nr. 4734. 23. Mai. S. 1441—1446. The Brit. med. Journ. Nr. 2786. 23. Mai. S. 1107—1111.

171. Pinkuss, A., Weitere Erfahrungen über die Mesothoriumbestrahlungstherapie bei Karzinom. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 5. S. 207—209.

172. Potherat, G., Traitement du cancer par le radium. Soc. de chir. de Paris. Sitzg. vom 25. Febr. Ref. La Sem. méd. Nr. 9. S. 104. (Vortragender hat Besserung, aber nie Heilung gesehen. Mitteilung eines Falles, der als geheilt vorgestellt wurde, bei dem sich das Karzinom ins Parametrium weiterentwickelt hatte. Die Patientin starb. — Diskussion: Demoulin wurde getroffen von der günstigen lokalen Wirkung, daneben traten aber immer schnell Rezidive ein. Mitteilung eines Falles.)

173. Ransohoff, J. und J. L. Ransohoff, Radium treatment of cancer. Lancet-clin. Bd. 111. Nr. 23. S. 661—670. (Nicht speziell gynäkologisch.)

174. Regaud, Cl. et Th. Nogier, Décroissance de la radio-sensibilité des tumeurs malignes traitées par des doses successives et convenablement espacées de rayons X. Acad. d. sciences de Paris. Sitzg. vom 8. Juni. Ref. La Presse méd. Nr. 51. S. 491. (Beispiele an mehreren Fällen, besonders stark bei Mammakarzinomen und Hauttumoren. Ursache unbekannt, wahrscheinlich in Blutveränderungen durch Resorption von Zellzerfallsprodukten zu suchen. Für die Praxis ergibt sich daraus, dass man zuerst mit Massendosen bestrahlen soll, dann operieren und schliesslich weiterbestrahlen.)

175. Ricker, G. und R. Foelsche, Eine Theorie der Mesothoriumwirkung auf Grund von Versuchen an der Kaninchenniere. Zeitschr. f. d. ges. exp. Med. Bd. 3. Heft 2. S. 71—90. (Die Wirkung des Mesothoriums soll in einer Erweiterung der Strombahn und Verlangsamung der Blutströmung bis zum Erlöschen derselben bestehen.)

176. Riddell, J. R., Radium in the treatment of malignant disease. The Brit. med. Journ. Nr. 2784. 9. Mai. S. 1006—1008.

177. Riehl, G., Demonstration mehrerer durch Radiumbestrahlung günstig beeinflusste Karzinome. K. k. Ges. d. Ärzte zu Wien. Sitzg. vom 30. Jan. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 6. S. 339.

178. — Radium und Krebs. Strahlentherapie. Bd. 4. Heft 1. (Cf. dieses Kapitel Jahresbericht 1913, Nr. 128.)

179. Ritter, H. und J. Allmann, Experimentelle Beiträge zur Cholinwirkung. Zeitschr. f. Strahlentherapie. Bd. 4. Heft 1. S. 398—411. (Experimentelle Untersuchungen an der Haut hoffnungsloser Karzinomkranker ergaben, dass bei gleichzeitiger Behandlung mit Röntgenstrahlen bzw. Radiumpräparaten und Enzytol die Haut nur etwa die Hälfte der Strahlenmenge ohne Erythem vertrug. Es bleibt daher zu untersuchen, ob das Enzytol imstande ist, die andere Hälfte der Strahlenmenge, die mit Rücksicht auf die Haut nicht appliziert werden kann, hinsichtlich der Wirkung auf den Tumor zu ersetzen. Schädigungen des Gesamtorganismus durch das Enzytol sind, abgesehen von den schnell vorübergehenden, allerdings recht schweren Kollapszuständen, nicht in Erscheinung getreten.)

180. Rivière, J. A., La physicothérapie du cancer. Ann. d'électrobiol. et de radiol. 1913. Nr. 9. S. 572—584. Nr. 10. S. 641—649. (Nicht speziell gynäkologisch.)

181. Rosenthal, J., Einiges zur Frage der Strahlentiefentherapie. X. Kongr. d. Deutsch. Röntgenges. zu Berlin vom 19.—21. April. Als Original erschienen i. d. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 19. S. 1058—1060. Arch. d'électr. méd. 22. Jahrg. Nr. 381. S. 484 bis 488. (Ausschliesslich Technisches; wird im Kapitel „Elektrizität usw." referiert.)

182. Rouffart, E., Traitement du cancer utérin par le radium. — Soc. belge de gyn. et d'obst. Sitzg. vom 3. Jan. Ref. Bull. de la Soc. belge gyn. et d'obst. Nr. 8. S. 394. Als Original erschienen im Journ. Belge de gyn. et d'obst. Nr. 2. S. 110—113. (Klinische Heilung eines absolut inoperablen Cervixkrebses, der auf die Vagina übergegriffen hatte, bei einer 82 jährigen Frau durch einmalige Radiumbestrahlung von der Vagina aus.)

183. Rouhier, G. et S. Fabre, Hysteréctomie vaginale partielle pour épithélioma utérin complétée par des applications ultérieures de radium. Soc. d'obst. et de gyn. de Paris. Sitzg. vom 11. Mai. Ref. Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn. de Paris. Nr. 5. S. 400—402. (Drei Wochen nach der unvollständigen vaginalen Operation war schon starke krebsige Infiltration des Wundtrichters fühlbar. Radiumbestrahlung. Patientin ist jetzt acht Monate nach der Operation rezidivfrei. — Diskussion: Doléris teilt einen Fall von vollkommener Heilung eines absolut inoperablen Uteruskrebses durch Radiumbestrahlung mit. Seit sieben Monaten ohne Rezidiv.)

183a. Rovsing, Th., Ist Radiumbehandlung operabler Krebsgeschwülste zulässig? Hospitalstidende. Nr. 27. (Dänisch.) Ref. Münchn. med. Wochenschr. 1915. Nr. 12. S. 406. (Auf 10 Krankengeschichten gestützt, in welchen nach der Meinung des Verf. die Radiumbehandlung die Bösartigkeit des Leidens begünstigt hatte, warnt er vor der Radiumbehandlung operabler Krebsgeschwülste, die er als unzulässig betrachtet.)

184. Rubin, I. C., The therapeutic value of X-ray and the radioactive substances in carcinoma of the uterus as determined by pathological examinations. Amer. Journ. of obst. and dis. of women and childr. Bd. 69. Nr. 438. Juni. S. 969—982. (Material der Wertheimschen Klinik. Histologische Befunde vor und nach der Bestrahlung mit nachfolgender Radikaloperation an 18 Fällen. Dabei fanden sich in 16 noch Reste des Karzinoms am Uterus. Zwei unter neun operablen Fällen wurden durch die Radiumbehandlung inoperabel; in dem einen bildete sich eine Rektovaginalfistel, in dem anderen eine Striktur des Rektums. Es wurde eine elektive Wirkung der Mesothoriumstrahlen auf die Karzinomzellen nachgewiesen. Die Radiotherapie kommt vorerst zur Nachbehandlung Operierter, zurückgelassener Reste und Metastasen in Betracht.)

185. Rupp, A., Krebsbehandlung mit Radium. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 51. S. 2098 bis 2100. (Hauptsächlich Technik und nicht-gynäkologische Fälle. Unter 16 weit vorgeschrittenen Uteruskarzinomen „sind die vor mehreren Monaten bestrahlten klinisch vollkommen geheilt, andere, vor kurzem noch bestrahlte, fast geheilt". [Nähere Angaben fehlen. Ref.]. — Noch operable Fälle sollen operiert und nachbestrahlt werden.)

186. Sachs, E., Über die Gefahren der „Reizdosen" bei der Röntgenbehandlung inoperabler Karzinome. Nordostdeutsche Ges. f. Gyn. Sitzg. vom 7. Febr. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 29. S. 1498. Als Original erschienen i. d. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. Heft 4. S. 507—513. (Zwei Fälle von Karzinomrezidiv nach Wertheim und ein Osteosarkom des Beckens wurden mit kleinen Dosen und schwacher Filterung bestrahlt mit dem Erfolg, dass bei allen ein rasches Wachstum des Tumors beobachtet wurde. Die Königsberger Klinik ist deshalb auch zu den Riesendosen der Freiburger Technik übergegangen, mit zum Teil ganz guten Resultaten. — Genaue Beschreibung der klinischen Befunde und Behandlung der drei Fälle, sowie sechs schematische Zeichnungen.)

187. — Der augenblickliche Stand der Röntgentherapie maligner Uteruserkrankungen. Frauenarzt. Heft 5. S. 194—204. (Kurzer historischer Überblick und Bericht über 6 eigene Fälle. Drei wurden klinisch günstig beeinflusst; in den drei anderen wuchs das Karzinom im Anschluss an die Bestrahlung rascher als zuvor [Reizdosen]. — Indikationen zur Bestrahlung. Verf. warnt davor, operable Karzinome nur mit Röntgenstrahlen ohne Mithilfe von Radium oder Mesothorium zu behandeln. Eine Fernwirkung im Sinne einer Beeinflussung der Metastasen durch das in den bestrahlten Zellen entstehende Cholin hält Verf. für möglich.)

188. Savariaud, M., A propos de la guérison du cancer par le radium. Soc. de chir. de Paris. Sitzg. vom 18. Febr. Ref. La Sem. méd. Nr. 8. S. 91. (45jährige Frau mit inoperablem Kollumkarzinom. Abkratzen der Wucherung mit der Curette und mit

dem Messer. 150 mg Radium dreimal 24 Stunden innerhalb 40 Tagen eingelegt. Heilung seit 18 Monaten.)

189. Schauta, F., Über Radiumbehandlung bei Gebärmutterkrebs. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 27. S. 961—964. (Verf. berichtet über seine Fälle, die er in drei Gruppen trennt. Die erste Gruppe wurde ununterbrochen mit Radium bestrahlt. Von 11 Fällen entzogen sich 3 der Behandlung, die übrigen 8 starben alle, aber kein einziger Fall zeigte bei der Sektion mehr lokales Karzinom. Die zweite und dritte Gruppe wurde intermittierend bestrahlt. Von der zweiten erschienen 4 [unter 11] als geheilt, von der dritten 7 von 11. Alle diese Fälle waren von Haus aus inoperabel. Von 22 Patientinnen konnten also 11 = 50% durch die Radiumbehandlung als primär geheilt bezeichnet werden. Solange jedoch noch nicht Dauerresultate vorliegen, werden alle operablen Fälle nach wie vor operiert. Zur Nachbehandlung sollen schwache Dosen mit kurzer Bestrahlungsdauer und langen Pausen zur Anwendung kommen.)

190. Schiffmann, J., Über Ovarialveränderungen nach Radium- und Mesothoriumbestrahlung. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 20. S. 760—766. (Die Versuche wurden an Meerschweinchenovarien angestellt. Sie ergaben eine intravenöse und charakteristische Schädigung des Eierstockgewebes. Granulosazellen und die Eizelle kamen zum Schwinden, dafür kam es zu zystenartiger Umwandlung der reifen Follikel. Auffallend war die Integrität des Keimepithels. Die Alteration der Zwischenzellen war lange nicht so auffällig und konstant, wie der Follikelschwund. — Es besteht also eine weitgehende Analogie zwischen Radium- bzw. Mesothorium- und Röntgenveränderungen der Ovarien.)

191. Schmidt, H. E., Zur Strahlenbehandlung des Krebses. Arch. f. physik. Med. u. med. Technik. Heft 4. S. 223—226. (Nicht speziell gynäkologisch. Wenn man die klinischen Erfolge betrachtet, ist bisher noch nicht der geringste Beweis erbracht, dass das Radium oder Mesothorium bei der Krebsbehandlung mehr leistet, als die Röntgenstrahlen.)

192. Schwarz, G., Heilung tiefliegender Karzinome durch Röntgenbestrahlung von der Körperoberfläche aus. (Bemerkungen zu der Arbeit von Bumm und Warnekros, cf. Nr. 28). Münchn. med. Wochenschr. Nr. 31. S. 1733. (Technisches. Die von Bumm und Warnekros angegebenen Bestrahlungsdosen — cf. Nr. 28 — beruhen auf irreführenden Messungen.)

193. Schweitzer, B., Die bisherigen Erfolge der Mesothoriumbehandlung beim Gebärmutter- und Scheidenkrebs. Med. Ges. zu Leipzig. Sitzg. vom 26. Mai. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 28. S. 1585.—1586 Berl. klin. Wochenschr. Nr. 33. S. 1562. Als Original erschienen im Zentralbl. f. Gyn. Nr. 32. S. 1121—1127. (Ausführliche Mitteilung der Technik und der Resultate — seit Januar dieses Jahres — an 31 Fällen. Von acht Patienten, bei denen die Behandlung abgeschlossen ist, fehlen jetzt bei fünf die Symptome des Karzinoms vollkommen. Diskussion: Payr, der zur Indikationsstellung der Strahlentherapie für die Chirurgie spricht und sich einzelnen Ansichten Krönigs entgegenstellt. — Siehe auch weitere Diskussion bei Zweifel, dieses Kapitel, Nr. 233.)

194. Seitz, L., Mesothoriumbehandlung von Karzinomen. Bayr. Ges. f. Geb. u. Frauenheilk. Sitzg. vom 7. Dez. 1913. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. Heft 4. S. 517 bis 518. (Erfahrung an 13 Fällen, davon drei aussergenitale. Die Resultate an den acht Uteruskarzinomen sind glänzend. Bestätigung der Erfahrungen von Döderlein und Klein. Jedoch ist der Einfluss auf weiter entfernt liegende Metastasen gering. Die Erfahrungen mit Enzytoleinspritzungen sind nicht eindeutig.)

195. v. Seuffert, E., Heutiger Stand, Probleme und Grenzen der Strahlenbehandlung des Krebses. Auf Grund der bisherigen Erfahrungen hauptsächlich bei der Behandlung des Uteruskarzinoms. Strahlentherapie. Bd. 4. Heft 2. S. 740—784. Französisch ist dieselbe Arbeit erschienen im Arch. d'électr. méd., 22. Jahrg. Nr. 382. S. 552—571. Nr. 383. S. 610—625. (Auch bei operablen Fällen ist der Erfolg der Strahlenbehandlung hinsichtlich des Dauerresultates zum mindesten nicht schlechter als der der Operation. Die elektive Wirkung der Strahlen auf das Geschwulstgewebe ist als erwiesen anzunehmen. Die biologische Wirkung der Strahlen ist je nach ihrer Entstehung eine ganz verschiedene. Auch ist die Strahlenempfindlichkeit der bestrahlten Gewebe sehr verschieden. Die Wirkung ist eine direkte; eine Fernwirkung ist bis jetzt nicht erwiesen. Ebensowenig ist bis jetzt sichergestellt, ob die eigentliche wirkende Kraft von den Primärstrahlen selbst oder deren Sekundärstrahlen im Gewebe ausgeht. Sen-

sibilisierungsmethoden sind alle noch unsicher, teilweise gefährlich. Röntgenstrahlen und die Strahlen der radioaktiven Substanzen sind zurzeit für die Karzinombehandlung vollkommen gleichwertig. — Technik und Dosierung.)

196. Sielmann, R., Hundert Fälle von Frauenleiden mit Röntgenstrahlen behandelt. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. 22. Heft 3. S. 277—290. (Erfahrungen u. a. an 16 malignen Erkrankungen der Genitalien. Prophylaktische Bestrahlung nach der Operation. Enzytolinjektionen. Übersicht der behandelten Fälle in Tabellenform.)

197. Skrobansky, K., Moderne Karzinomtherapie. Ges. f. Geb. u. Gyn. in Petersburg. Sitzg. vom 31. Okt. 1913. Ref. La Gyn. Jan. S. 57—58. (Übersicht; nichts Neues. In der Diskussion bespricht F. Iline die Veränderungen des Karzinomgewebes unter Einfluss der Bestrahlung mit radioaktiven Stoffen.)

198. Sluys, F., Emploi des radiations nouvelles en gynécologie. Journ. Belge de gyn. et d'obst. Nr. 7. S. 549—565. (Allgemeines.)

199. Stern, S., Der gegenwärtige Stand der nichtoperativen Therapie benigner und maligner Geschwülste in europäischen Kliniken. Med. Record. Bd. 85. Nr. 14. S. 615. (Sammelbericht der in den radiologisch-führenden deutschen Kliniken angewandten Technik (Krönig, Bumm, Döderlein, Menge, Czerny). Warnung vor zu optimistischer Beurteilung der Strahlentherapie, die bei den noch bestehenden Unklarheiten hinsichtlich Dosierung, Filterung, Bestrahlungspausen usw. nicht die operative Therapie ersetzen kann, sondern vom Verf. nur für inoperable, schwer zugängliche Fälle, sowie in Kombination mit der Operation empfohlen wird.)

200. Steuermark, Z., Neue Behandlungsmethoden von Neubildungen mit Röntgenstrahlen. Przegl. lekarski. Nr. 2—4. (Übersicht.)

201. Strahlentherapie, Umfrage über die Bedeutung der — für die Gynäkologie. Von E. Runge, J. Veit, O. v. Franqué, Sellheim, Sippel, O. Küstner, Albers-Schönberg, Landau, Fehling, Zangemeister, v. Herff, Krönig, Bumm, Winter, Opitz und Pankow. Med. Klinik. Nr. 1. S. 19—21. Nr. 2. S. 59—60. Nr. 5. S. 192—194. (Bei inoperablen Fällen erzielt man: Hebung des Allgemeinbefindens, Besserung der Schmerzen und der Schlaflosigkeit, Gewichtszunahme; Blutung und Sekretion verschwinden, der Krater schliesst sich bisweilen, an Stelle des Karzinoms tritt dann gesundes, mit gesundem Epithel bedecktes Gewebe und Metastasen gehen bisweilen zurück, verschwinden aber nie ganz. — Operable Fälle sind, wenn eine Operation aussichtsvoll, zu operieren. — Rezidive reagieren im allgemeinen schlechter als primäre Karzinome. Prophylaktische Bestrahlung nach Operationen mit ausreichender Dosis, lange Zeit durchgeführt. — Technik.)

202. Strahlenbehandlung, Die — der Neubildungen innerer Organe. XXXI. Deutscher Kongr. f. inn. Med. zu Wiesbaden. 20.—24. April. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 22. S. 1247—1248. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 21. S. 1003—1004. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 21. S. 1091—1092. Therap. Monatshefte. Bd. 28. Heft 5. S. 355. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. Nr. 10. S. 311. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 24 u. f. (Vorträge von R. Werner, C. Lewin, Ch. Müller, P. Lazarus, Alwens u. a., nicht speziell gynäkologischen Inhalts.)

203. Strebel, H., Äussere Kathodenstrahlen als Ersatz für Radium und Mesothorium. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 3. S. 133. (Wird im Kapitel „Elektrizität usw." referiert.)

204. v. Streit, W., Patientinnen, die mit Mesothorium behandelt werden. Niederrhein.-westf. Ges. f. Gyn. u. Geb. 60. Sitzg. vom 24. Mai. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. Heft 1. S. 170—172. (Zwei Fälle, vorher inoperabel, können jetzt bald operiert werden. Der dritte Fall, Rezidiv nach abdominaler Totalexstirpation, ist durch die Bestrahlung anscheinend geheilt.)

205. Tavildaroff, F., Das Mesothorium in der Behandlung des Karzinoms der weiblichen Genitalorgane. Wratsch. Gaz. 1913. 24. Nov. S. 1697. Ref. La Gyn. Jan. S. 77—78. (Übersicht. Nichts Eigenes. Nichts Neues.)

206. Thévenard, A propos du traitement du cancer par le radium. Soc. des chir. de Paris. Sitzg. vom 16. Jan. Ref. La Presse méd. Nr. 9. S. 93. (Drei Fälle. Der eine wurde operabel; die Operation war erschwert durch Verhärtung des parametranen Gewebes. In den beiden anderen stand die Blutung und schwanden die Schmerzen; der eine befindet sich seit zwei Jahren wohl, der andere starb nach einem Jahre. — Diskussion: A. Desjardins hat das Operieren „operabel" gewordener Tumoren nach Radium-

bestrahlung aufgeben müssen, weil die Operation infolge der Verkürzung und Vernarbung des Beckeninhaltes unmöglich wurde. Jetzt operiert er zuerst soviel wie möglich von der Geschwulst weg und bestrahlt dann.)

207. Thomas, J. J., Treatment of carcinoma of female genitals with mesothorium. Cleveland med. Journ. Nr. 2. S. 95—101. (Allgemeines. Keine eigenen Erfahrungen. Eindrücke von einer Reise in Deutschland.)

208. Turner, D. F. D., Radium: its Physics and Therapeutics. 2. Aufl. London: Baillière, Tindall and Cox. (170 Seiten. Preis 5.— Schilling.)

209. Uhle, K. H., Über die Behandlung des Gebärmutterkrebses mittelst Radium- und Röntgenstrahlen. Med. Ges. zu Chemnitz. Sitzg. vom 11. Febr. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 12. S. 674—676. (Auffallend gute Resultate in drei eigenen Fällen; ausführliche Mitteilung der Krankengeschichten. — Diskussion: Rupp hat ebenfalls gute Resultate. Doch reagieren die Karzinome sehr verschieden. Auf ein Rektumkarzinom hatte die Bestrahlung gar keinen Einfluss. Warnung vor zu hohen Dosen. Man soll zuerst operieren und dann bestrahlen. Praeger hat gute eigene Resultate an drei Fällen; jedoch kommt die Strahlentherapie nur als Nachbehandlung und für inoperable Fälle in Betracht. Reichel weist auf die nicht zu unterschätzenden Gefahren der Bestrahlung für das umgebende gesunde Gewebe und für den Gesamtorganismus hin.)

210. Ulesko-Stroganowa, K. P., Der Einfluss des Radiums auf bösartige Geschwülste. I. russ. Krebskongr. St. Petersburg. 31. März bis 3. April. Verhandl. d. I. russ. Krebskongr. (Russisch.) (Erfahrungen an 16 Karzinom- und zwei Sarkomfällen. Die Verkleinerung der Geschwulst wird einerseits durch die Einwirkung auf die Krebszellen, andererseits durch die Ernährungsstörung, welche durch die Veränderungen in den Gefässen hervorgerufen wird, bedingt.)

211. Versé, M. A., Demonstration von pathologisch-anatomischen Präparaten von zwei Karzinomfällen, in denen eine ziemlich ergiebige Bestrahlung mit Mesothorium intra vitam vorgenommen worden war. Med. Ges. zu Leipzig. Sitzg. vom 26. Mai. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 28. S. 1586—1587. (Ausführliche pathologisch-anatomische und histologische Beschreibung der Sektionspräparate. Deutliche Tumorschädigungen erwiesen.)

212. Vogt, E., Erfahrungen mit der kombinierten Enzytol- und Röntgenbehandlung maligner Tumoren. Gyn. Ges. zu Dresden. Sitzg. vom 19. Febr. Ref. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 14. S. 667. (Im ganzen acht Fälle. Bei längerer Anwendung wurden zwar gewisse Nebenerscheinungen beobachtet, aber niemals Dauerschädigungen. Ein abschliessendes Urteil über die kombinierte Behandlung lässt sich bisher noch nicht fällen. — Diskussion: Klotz erlebte ebenfalls von diesem Verfahren, bei langsamer Zuführung der chemischen Substanzen [Elektrokobalt und Elektroselen] niemals üble Zufälle.)

213. Wagner, G., Schädigungen durch Anwendung grosser Radiummengen in der Klinik Wertheim. K. k. Ges. d. Ärzte in Wien. Sitzg. vom 13. Febr. Ref. Wiener med. Wochenschr. Nr. 10. S. 386. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 8. S. 451. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 14. S. 674. La Sem. méd. Nr. 7. S. 84. (In drei vorgestellten Fällen kam es zur Bildung grosser Röntgengeschwüre, resp. von Rektovaginalfisteln durch Schorfbildung. Es werden aus diesem Grunde jetzt ausschliesslich nur kleinere Radiumdosen in Anwendung gebracht.)

214. Walthard, M., Demonstrationen von Präparaten eines sechs Monate alten Dauerresultates bei einem radiumbestrahlten Karzinom. Wissenschaftl. Ver. am städt. Krankenhaus zu Frankfurt a. M. Sitzg. vom 19. Mai. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 28. S. 1583. (Mitteilung der ausführlichen Krankengeschichte. Nach einer erweiterten abdominalen Radikaloperation und transperitonealer handbreiter Resektion der Flexura sigmoidea auf der Höhe des Uterus bei einer 62 jährigen Patientin im Jahre 1912 trat im Oktober 1913 nach scheinbar vollkommener Heilung ein mächtiges Rezidiv im subserösen Raum, gegen die Vagina und das Lumen des Rektums durchbrechend, ein. Bildung einer Rektovaginalfistel. Nachdem ein künstlicher After am oberen Ende der Flexura sigmoidea angelegt worden war, wurde nun das Rezidiv von der Vagina aus bestrahlt — 150 mg Radiumbromid während ca. 18000 Milligrammstunden. Der heutige Befund, sechs Monate nach der Bestrahlung, ist folgender: Vagina blassrosa. Im hinteren Scheidengewölbe eine lineäre Narbe. Die Rektovaginalfistel geschlossen. Von der Vagina, noch vom Rektum keinerlei Karzinomreste nachweisbar. Der subseröse Raum verhält sich bei der Palpation wie nach einer glatt geheilten rezidivfreien

abdominalen Radikaloperation. Die Frau kann allen häuslichen Aufgaben in einem grösseren Betriebe ungestört nachkommen.)

215. **Walthard, M.**, Dauerresultate nach Radiumbehandlung von Karzinomrezidiven. Gyn. Ges. d. deutschen Schweiz (zusammen mit der Soc. de gyn. et d'obst. de la Suisse rom.). Sitzg. vom 11. u. 12. Juli in Bern. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 45. S. 1395. (Diskussion: **Beuttner, Jung** und **Wormser**.)

216. **Warnekros, K.**, Zur Röntgentechnik der Karzinombestrahlung. Berl. klin. Wochenschrift. Nr. 5. S. 198—201. (Wird im Kapitel „Elektrizität usw." referiert.)

217. — Über Karzinombestrahlungen. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. Heft 1. S. 89 bis 95. (Kurzer Bericht über den augenblicklichen Stand der gynäkologischen Strahlentherapie mit Mesothorium- und Röntgenstrahlen und der in der **Bumm**schen Klinik angewandten Technik. Bis in 4—5 cm Tiefe kann man mit Sicherheit auf eine Abtötung der Karzinomzellen rechnen. An schädlichen Nebenwirkungen sind beobachtet: Temperatursteigerungen bis 39° und 40°, allgemeine Mattigkeit und Darmbeschwerden. Prolongierte Bestrahlung kann schwere Anämie zur Folge haben. Die Strahlen wirken nicht elektiv auf das Karzinom, sondern greifen auch gesundes Gewebe an. Ausgezeichnete Erfolge sind bei Kombination der Mesothorbestrahlung mit Röntgenstrahlen in grössten Dosen [bis zu 3500 X in 20 Tagen] zu verzeichnen.)

218. — Technische Neuerungen bei der Röntgentiefenbestrahlung. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin. Sitzg. vom 8. Mai. Ref. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 24. S. 1136. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 30. S. 1545—1546. (Das Technische wird an anderer Stelle referiert. Vortragender stellt zwei durch Röntgenstrahlen geheilte Cervixkarzinome vor. Im ersten Falle handelt es sich um eine 52 jährige Frau, die 1907 von **Landau** operiert, 1911 ein Rezidiv hatte, dessen Operation wegen starker Blasenveränderung abgelehnt wurde. Seit Herbst 1913 ist sie mit Röntgenstrahlen behandelt worden [500—800 X] und jetzt geheilt. — Zweiter Fall: 37 jährige Frau mit Cervixkarzinom. Seit 16. März 1914 nur von aussen bestrahlt. Jetzt ist alles heil; allerdings hat die Patientin ein Erythem.)

219. v. **Wassermann, A.**, Analyse der Wirkung radioaktiver Substanzen auf Mäusekrebs. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 11. S. 524—528. Ref. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 17. S. 523—524. La Sem. méd. Nr. 22. S. 256. (Die radioaktiven Strahlen wirken direkt auf die Krebszellen, sie töten diese nicht ab, sondern sie machen sie durch Wirkung auf den Teilungs- resp. Fortpflanzungsapparat nur unfähig zur weiteren Vermehrung. Es werden die „Genozeptoren" der Krebszellen vernichtet, nicht aber die „Nutrizeptoren". Die eigentliche Abtötung erfolgt dann durch Altern der betreffenden sterilisierten Zellen bzw. durch die normalen zelltötenden Kräfte des Organismus. Man kann für die elektive Wirkung der radioaktiven Strahlen auf die verschiedenen Gewebe des Körpers ein Gesetz aufstellen: je regenerations- und proliferationsfähiger seine Zellen sind, in desto höherem Grade ist es für radioaktive Strahlen empfindlich. Alle diese Wirkungen treten aber nur bei direkter Einwirkung zwischen Strahlen und Zelle auf. Bei Mäusekarzinom genügt es schon, die Stücke etwas grösser und dicker [3 mm] zu nehmen, um eine vollständige Abtötung auch nach Stunden nicht mehr zu erzielen. Daher scheint es bei dem gegenwärtigen Stande nicht möglich zu sein, Metastasen eines Karzinoms im Innern des Organismus in wirkungsvoller Weise treffen zu können.)

220. **Watrin, M.**, Radium thérapie dans le cancer utérin. Scalpel et Liège méd. Bd. 66. Nr. 35. S. 561—563. (Allgemeines.)

221. **Weckowski, C.**, Radiumbehandlung maligner Geschwülste. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 2. S. 54—56. Ref. Ann. de gyn. et d'obst. Bd. 11. Mai. S. 313. (Cf. diesen Jahresbericht Jahrgang 1913, dieses Kapitel, Nr. 155.)

222. — Rotationsapparat für Radiumbestrahlung. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 16. S. 743.

223. — Meine weiteren Erfahrungen in der Radiumbestrahlung maligner Geschwülste. Med. Sekt. d. schles. Ges. f. vaterl. Kultur. Sitzg. vom 8. Mai. Ref. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 28. S. 1388. (**J. Veit**.)

224. — Weitere Erfahrungen in der Radiumbestrahlung maligner Geschwülste. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 30. S. 1453. (Die Bestrahlungsquanten von 143—187 mg erwiesen sich in keinem Fall als schädlich.. Besserung von vier Fällen, die durch Röntgenbestrahlung sich verschlimmerten. Verschiedenheit der Erfolge erklärt sich durch Geschwulstsitz. Die Erfolge bei Mammakarzinom so günstig wie bei Uteruskarzinom.) (**J. Veit**.)

225. Weinbrenner, C., Die Behandlung der Genitalkarzinome mit Mesothorium. Monatsschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. Heft 2. S. 181—206. (32 Fälle; Mitteilung mehrerer Krankengeschichten und mikroskopischer Befunde bei den Probeexzisionen. Resultate im allgemeinen sehr günstig. Von einer elektiven Wirkung der γ-Strahlen auf das Karzinom kann man nicht sprechen, doch sind junge erste Entwicklungsformen von Zellen, wie Karzinom-, Sarkom- oder Epidermiszellen sensibler als andere. Empfindlich sind besonders die Blutgefässe, deren Wand sich verändert, was zu einer konsekutiven Ernährungsstörung in dem bestrahlten Bezirk führt.)

226. — Weitere Erfahrungen in der Behandlung der weiblichen Genitalkarzinome mit Mesothorium auf Grund von Operationen nach der Bestrahlung. Med. Ges. zu Magdeburg. Sitzg. vom 29. Jan. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 13. S. 732—735. Als Original erschienen i. d. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. Heft 4. S. 483—496. (Mit fünf Abb. makroskopischer Befunde auf drei Tafeln.) (Erweiterung früherer Mitteilungen. Drei Fälle, die nach der Bestrahlung operiert wurden, werden in ihrem makroskopischen und mikroskopischen Befunde ausführlich beschrieben. Allen drei Fällen gemeinsam ist die schlechte Neigung der Scheidenwunden zur Heilung. Noch lange Zeit nach der Operation ist mit der Möglichkeit einer Fistelbildung durch späteren Zerfall des hyalin degenerierten Bindegewebes zu rechnen. Prophylaktische Nachbestrahlungen werden wegen der unberechenbaren kumulativen Wirkung abgelehnt; nur regelmässige Kontrolle. — Diskussion: Siedentopf beobachtete einmal Rezidiv und einmal Cervixstriktur mit Pyometra. Ein 22jähriges Mädchen, das wegen schwerer gonorrhoischer Adnexerkrankung bestrahlt wurde, bekam atrophische Ovarien und Uterus und wurde amenorrhoisch. Penkert hat nicht so günstige Erfahrungen und sah wiederholt Stenosen der Vagina, die Heilung vortäuschten. Habs gibt ausführlich die Technik an zur Erlangung einer „Homogenbestrahlung" von Tumoren. Wendel hält es noch verfrüht, allgemeinere Vorschriften über Anwendung und Technik festzustellen.)

227. Werner, R., Kombination der Strahlenbehandlung mit Enzytolinjektionen. Bad. Landeskom. f. Krebsforsch. Sitzg. vom 7. März. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 12. S. 673—674. (An mehr als 600 Fällen geprüft. Bei 20% einen aussergewöhnlich guten Erfolg. In Fällen, in denen der chirurgische Eingriff schlechte Chancen bietet, oder unmöglich ist und als Nachbehandlung nach Krebsoperation soll man die radiologisch-chemische Behandlung anwenden. — Diskussion: Menge plädiert für die ausschliesslich radiologische Behandlung der krebsartigen Frauenleiden. Wilms wendet sich gegen die Anwendung des Enzytols zur Unterstützung der Strahlenbehandlung, da das Mittel die strahlenempfindlichen Gewebe, insbesondere die Haut angreife und gegen die Strahlenwirkung empfindlicher mache, nicht nur die Tumoren selbst.)

228. — Über die Grenzen der Wirksamkeit der kombinierten Strahlenbehandlung maligner Tumoren. Naturhist.-med. Verein zu Heidelberg (Med. Sekt.). Sitzg. vom 17. Febr. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 25. S. 1423. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 24. S. 1144.

229. Wetterer, J., Handbuch der Röntgentherapie, nebst Anhang: Die radioaktiven Substanzen in der Therapie. 2. Aufl. Bd. 2. (Spezieller Teil.) Leipzig, Verlag von Otto Nemnich. (1000 Seiten; 340 Textfig.; 47 Tafeln. Preis 26 Mk.) (Die Tiefenbehandlung wird eingehend erörtert, sowohl bezüglich der neuen Technik, als auch bezüglich der Wirkung auf Karzinom, Sarkom, Myom etc. — Literatur.)

230. Wickham, L. und P. Degrais, Kann das Radium in der Chirurgie bei der Behandlung maligner Tumoren von Nutzen sein? Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. 1913. Bd. 21. Heft 3. S. 333—340. Strahlentherapie. 1913. Bd. 3. Heft 2. S. 457—472. (Nicht gynäkologisch. Vortrag auf dem XVII. intern. med. Kongress in London, September 1913.)

231. Wilms, M., Zur Strahlenbehandlung bösartiger Geschwülste. Naturhist.-med. Verein zu Heidelberg (Med. Sekt.) Sitzg. vom 17. Febr. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 25. S. 1423. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 24. S. 1144. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 28. S. 1452. (Allgemeines zur Frage, wie die kombinierte Behandlung der Karzinome mit unserer Kenntnis über die Entstehung und das Wachstum der Geschwülste harmoniert und in welcher Weise durch diese Methoden die normalen Abwehrbestrebungen des Organismus gegenüber dem Karzinom unterstützt werden.)

232. Witzel, O., Strahlenbehandlung der chirurgischen bösartigen Neubildungen, besonders beim Karzinom. Niederrhein.-westf. Ges. f. Gyn. u. Geb. 60. Sitzg. vom 24. Mai.

Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. Heft 1. S. 167—168. (Übersicht. — Hauptarbeit Operation; Vorarbeit Röntgenstrahlen; Rest auch Strahlentherapie.)

233. Zweifel, P., Erfahrungen über Mesothoriumbehandlung. Med. Ges. zu Leipzig. Sitzg. vom 26. Mai. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 28. S. 1584. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 33. S. 1562. Als Original erschienen im Zentralbl. f. Gyn. Nr. 31. S. 1089. (Technik. — Vorzeigung von Lumièrephotographien, die augenscheinlich eine sehr starke Einwirkung des Mesothorium auf die Karzinomzellen beweisen. Im letzten Präparat einer Reihe, die von einem Vulvakarzinom gewonnen wurde, ist nur noch eine einzige Zelle im Schnitt getroffen. Die in gewissem Sinne elektive Wirkung der radioaktiven Substanzen hat ziemlich enge Grenzen, was durch die Klagen zweier Kranken über fürchterliche Tenesmen im Unterleib mit Abgehen von Gewebsfetzen per anum erwiesen wurde. Die Dauerheilungsziffer der operativen Behandlung des Uteruskrebses beträgt in der Leipziger Frauenklinik 51 % resp. 44,5 %. Die der Strahlenbehandlung kann erst nach fünf Jahren festgestellt werden. Verf. empfiehlt deshalb seinen Kranken immer noch die Operation als sicherstes Mittel. Verf. macht den Vergleich zwischen der Einwirkung der Strahlen auf das Karzinom und den Einfluss einer Streptokokkenentzündung in der Umgebung auf das Karzinom. Durch letztere wurde jedoch bis jetzt noch nie ein Karzinom des Uterus geheilt, sondern nur Hautkarzinome. — Diskussion (Sitzg. vom 9. Juni; Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 30. S. 1707—1708): Littauer demonstriert zwei Uteri krebskranker Frauen, acht Wochen nach Abschluss der Bestrahlung exstirpiert, in denen nichts Karzinomatöses zu finden ist. Heineke. Thies berichtet über einen Fall und zeigt Präparate, aus denen hervorgeht, dass die Mesothoriumstrahlen nicht bis in die tieferen Teile des Uterus eindringen und Bestrahlung beim Vorhandensein von tiefergelegenen Metastasen also zwecklos ist. Deshalb kann die Strahlenbehandlung nur für ganz gewisse Fälle reserviert bleiben; alle operablen Fälle müssen operiert werden. Payer. Zweifel, Schlusswort, in dem er noch auf die Dauererfolge der Karzinomoperation eingeht und Schweitzer, der noch den Sektionsbefund eines bestrahlten Falles mitteilt, in dem deutlich Nachwucherung frischer Karzinomzellen nachgewiesen wurde.)

Radium- resp. Mesothoriumbestrahlung.

Zur Orientierung über den **heutigen Stand** und die **Aussichten** der Karzinombestrahlung mit radioaktiven Stoffen können dienen die Publikationen von Altschul (5; Heidelberger Samariter-Haus), Bertolotti (16; Italienisch), Heidenhain (76), Kirstein (104), Krakowski (114; Dissertation), Ledoux-Lebard (132), Meidner (143), Ch. Müller (151), Pankow (164), Pierra (168), Sluys (198), Stern (199), v. Seuffert (195), Thomas (207), Turner (208), Wetterer (229) u. a.

Die **Biologie der Strahlenwirkung** liegt noch im Dunkeln, obschon viele Untersucher sich mit ihr beschäftigt haben. Grössere Arbeiten auf diesem Gebiete stammen von Heineke (82), Keetman (101), Krönig und seine Mitarbeiter (121), Lazarus (130), Lazarus-Barlow (131), Morson (149), Ch. Müller (152), Ricker und Foelsche (175), v. Wassermann (219) u. a.

Mit **Tierversuchen** beschäftigten sich Pentimalli (106), der fand, dass Mäusekarzinom so gut wie unempfindlich gegen die γ-Strahlen des Radiums und Mesothoriums zu sein scheint, v. Wassermann (219) und Wedd, Morson und Russ (cf. Kapitel „Karzinome“, Nr. 288), welche letzteren Autoren bei Mäusen mittelst bestrahlten Tumorgewebes eine Immunität gegen Mäusekarzinom hervorrufen konnten. Schiffmann (190) hat die Ovarialveränderungen beim Meerschweinchen unter Einfluss der Radium- resp. Mesothoriumbestrahlung studiert.

Die **biologische Reichweite der Strahlen** wird noch verschieden eingeschätzt und von Bumm (26), Henkel (83) u. a. auf 4—5 cm, von v. Wassermann (219) auf etwa 3 cm und von Krönig (120) auf 10 cm festgesetzt. Über diese Tiefen hinaus wurden selbst bei objektiv gelungenen Bestrahlungen häufig noch lebensfähige Krebsherde zurückgefunden: Aschheim (9), Bumm (26), Oberndorfer (159), Rubin (184) u. a. Letzterer untersuchte histologisch die nach vollendeter Bestrahlung radikal operierten karzinomatös erkrankten Uteri und konnte bei 16 von 18 derselben noch Reste des Karzinoms in der Tiefe der Uteruswand nachweisen.

Über die **histologischen Veränderungen** im Tumor unter Einfluss der Strahlenwirkung ist Näheres zu finden in den Publikationen von Aschheim (9), Degrais und Bellot (37),

Dominici (49), v. Hansemann (73), Heimann (80), Heineke (82), Hueter (90), Krönig und seine Mitarbeiter (121), Lahm (126), Morson (149 und 150), Rubin (184), Versé (211), Zweifel (233) u. a.

Die **elektive Wirkung** der Strahlen auf die Krebszellen wird noch nicht einstimmig zugegeben. Henkel (83) lehnt sie ab; ebenso Dieffenbach (43), Wertheim (Diskussion zu Latzko, Nr. 128), Oberndorfer (159), Warnekros (217) und Weinbrenner (225). Dagegen glauben Krönig und seine Mitarbeiter (121), Rubin (184), v. Seuffert (195), Zweifel (233) u. a. sie als bewiesen annehmen zu können, wenn sie auch nach letzteren in ziemlich engen Grenzen bleibt. v. Wassermann (219) stellt für die elektive Wirkung der radioaktiven Strahlen auf die verschiedenen Gewebe des Körpers folgendes Gesetz auf: je regenerationsfähiger und proliferationsfähiger die Zellen sind, in desto höherem Grade ist das Gewebe für die radioaktiven Strahlen empfindlich.

Die **Indikationen** zur Bestrahlung kommen natürlicherweise in zahlreichen Arbeiten zur Sprache, die hier nicht alle erwähnt werden können. Hervorgehoben seien nur die von Altschul (5; Indikationen des Heidelberger Samariter-Hauses), Bayet (12), de Courmelles (35), H. Freund (61), Koblanck (108), J. Lewin (135), Schauta (189) und Wickham und Degrais (230). Die **Grenzen der Radiumbehandlung** werden nach Bayet (13) gebildet von: 1. der verschiedenen Radiosensibilität der Tumoren, die abhängig ist von der histologischen Struktur, dem biologischen Typus, der Lokalisation in bestimmtem Gewebe, der Entwicklungsperiode usw.; 2. der Tiefenlage des Tumors; 3. der verfügbaren Radiummenge und 4. der Gefahr der Metastasierung während der Zeit, die für die Bestrahlung nötig ist. Aus dem Vergleich der biologischen Wirkung der **Röntgen- und Radiumstrahlung** und dem Befund, dass erstere eine hervorragend günstige Wirkung hat auf die Umgebung, letztere mehr insbesondere das Karzinomgewebe selbst beeinflusst, kommt Hernaman-Johnson (85) zum Schluss, dass bei inoperablen Tumoren ein Radiumröhrchen in das Geschwulstzentrum eingeführt werden soll, während die Geschwulstumgebung und die Metastasen mit Röntgenstrahlen behandelt werden.

Auch **beginnende Karzinomfälle** zu bestrahlen haben sich bisher entschlossen: Dobbert (45), der damit der noch so grossen Mortalität der Radikaloperationen entgegen treten will, Döderlein (46), der im September 1914 die erste Karzinomoperation seit Februar 1913 machte, Krönig (121), Menge (144), Ch. Müller (154), v. Seuffert (195) u. a. — Rovsing (183a) warnt davor, da er sie als unzulässig betrachtet.

Zahlreiche Autoren des In- und Auslandes haben ihre **Resultate** mit der Bestrahlung von malignen Geschwülsten mit strahlenden Substanzen veröffentlicht. Nur die Arbeiten, die über eine grössere Anzahl von Fällen berichten, sollen hier Erwähnung finden.

Allmann (3) hat von 85 Kranken bisher nur 15 verloren. 15—20 inoperable Fälle wurden durch die Behandlung operabel; 15 mit Rezidiven resp. die eine Operation ablehnten, sind beschwerdefrei und arbeitsfähig geworden. Die anderen sind noch in Behandlung. — Die bisherigen Resultate an der kgl. II. gynäkologischen Univ.-Klinik in München an 52 Fällen werden von Amann (6) mitgeteilt. Sie sind in die Augen springend; durch keine andere Methode ist bisher auch nur ähnliches erreicht worden. — Braude (20) veröffentlicht die Erfahrungen der Strassmannschen Klinik, welche sehr günstig sind. Von 44 Kranken wurden 20 klinisch „geheilt". Sie datieren aber alle erst seit einem Jahre. — De Courmelles (33) hat bisher unter 100 inoperablen Karzinomen 70 durch Bestrahlung mit Radium für 1—4 Jahre geheilt. — Dobbert (45) teilt die Krankengeschichten von 44 bestrahlten Fällen mit. Die Erfolge entsprechen den bekannten, auch von anderen Autoren erzielten objektiven und subjektiven Besserungen. Heimanns Material (81 und 124) setzt sich aus 60 inoperablen Uteruskrebsen und Rezidiven zusammen. Er hatte zum Teil ausgezeichnete Resultate. Dagegen konnte Hölder (88) an 26 Krebsfällen keine genügenden Resultate erzielen. Jacobs (93) berichtet über vier, Kassogledow (99) über acht bestrahlte Fälle, über deren Zustand die Autoren jetzt ausserordentlich zufrieden sind. Koblanck (108) hat 36 Uterus- und Scheidenkrebse bestrahlt und nennt die Resultate günstig (!). Köhler und Schindler (109) verloren von 11 Frauen eine; vier sind noch in Behandlung; bei den sechs anderen sind die Tumoren vollkommen verschwunden und Metastasen anscheinend nicht vorhanden. Auf dem 43. Kongress der Deutschen Ges. f. Chir. (32) und auf dem 31. Kongress für innere Medizin (202) wurden von zahlreichen Rednern Erfahrungen mit der Strahlentherapie mitgeteilt. Auch Krönig (119) berichtet über seine weiteren Resultate mit der nicht-operativen Behandlung des Krebses. Lorey (137) hatte die günstigsten Erfolge seiner kombinierten Radium-Mesothorium-Röntgenbestrahlung bei 26 Krebsen der weiblichen Genitalien. Mansfeld (139) bestrahlte seit Juli 1913 24 inoperable Fälle

von Uteruskrebs; er nennt die Resultate glänzend. Die Erfahrungen der Tübinger Frauenklinik (140) gehen über 13 inoperable Fälle und sind bisher günstig. Pankow (163) berichtet über 50 Fälle, Pinch (170) über die Arbeit des Londoner Radiuminstituts. Rupp (185) hatte an 16 Patientinnen gute Erfolge. Sachs (187) konnte von sechs Karzinomen drei günstig beeinflussen; bei den drei anderen wuchs der Tumor im Anschluss an die Bestrahlung stärker als zuvor. Schauta (189) bezeichnet von 22 Patientinnen 11 als primär geheilt. Schweitzer (193) hatte bei 8, Seitz (194) ebenfalls bei 8, Sielmann (196) bei 16, Ulesko-Stroganowa (210) ebenfalls bei 16, Vogt (212) bei 8, Weinbrenner (225) bei 32 Karzinomkranken günstige Erfolge. Werner (227) hat die Strahlenbehandlung an mehr als 600 Fällen geprüft und hatte bei 20% einen aussergewöhnlich guten Erfolg.

Weiter teilen noch Baisch (10), Meidner (142), Pinkuss (171), Weckowski (224) u. a. Erfahrungen an eigenem Material mit. Die „Medizinische Klinik" richtete eine Umfrage (201) an den bedeutendsten deutschen Gynäkologen über die Bedeutung der Strahlentherapie für die Gynäkologie.

Ein diffuses Peritonealkarzinom Freunds (61) blieb unbeeinflusst.

Die **Heilungsmöglichkeit** beim heutigen Stande der Strahlentherapie wird für das Uteruskarzinom durch Aschheim (9) berechnet auf 40% und Schauta (189) bezeichnet von seinen 22 Patientinnen 11 = 50% durch die Radiumbehandlung als primär geheilt.

Solange jedoch noch nicht **Dauerresultate** vorliegen, solange kann von einer definitiven „Heilung" noch nicht die Rede sein. Und was die Dauerresultate betrifft, behaupten sowohl Diefenbach (43), der angeblich aus 11jähriger Erfahrung spricht, wie Williamson (Diskussion zu Pinch, Nr. 169) u. v. a. trotz zeitweiser objektiver und subjektiver scheinbarer Heilung noch niemals dauernde Heilung gesehen zu haben.

Trotzdem wissen aber doch mehrere Autoren über erheblich lange **Rezidivfreiheit** einzelner bestrahlter Fälle zu berichten. So u. a. de Courmelles (33), Degrais und Bellot (36), Monod (148; bis vier Jahre), Jayle (95; über drei Jahre) und Faure (Diskussion Legueu, Nr. 133; 3 1/2 Jahre).

Heynemann (86) beschreibt seine **kystoskopischen Befunde** bei bestrahlten Kollumkarzinomen und ihre praktische Verwendung.

Flatau (58) schlägt vor, ein bestimmtes Schema festzustellen, nach dem die Resultate der Strahlenbehandlung einheitlich zu beurteilen sind und zur vergleichsgültigen Beurteilung der Erfolge dienen können.

Behla (cf. Kapitel „Karzinome", Nr. 17) konnte in seinen Statistiken über die Gesamtmortalität an Krebs in Preussen im Jahre 1913 noch keine Abnahme der Sterblichkeit an Gebärmutterkrebs unter Einfluss der Strahlentherapie feststellen.

Besonders ausführlich beschriebene oder in anderer Weise besonders interessante **kasuistische Fälle** sind von Hueter (90), Jacobs (91 bis 93), Rouffart (182), Rouhier und Fabre (183), v. Streit (204), Uhle (209), Walthard (214), Warnekros (218) u. a. veröffentlicht worden.

In einigen Fällen bot sich die Gelegenheit, nach vollendeter Bestrahlung die Umgebung des vorher karzinomatös erkrankten Gewebes mikroskopisch zu untersuchen. In den Fällen von Legueu und Chéron (133), Schauta (189), Littauer (Diskussion zu Zweifel, Nr. 233) u. a. konnten dabei **keine Krebsherde mehr** nachgewiesen werden. Probeexzisionen an der Lebenden sollen nach Aschheim (9) praktisch keineswegs einen Gradmesser für die zunehmende Heilung der Neubildung sein.

Einen **das Wachstum des Tumors anregenden** Effekt der Bestrahlung wurde von Le Bec (14), v. Hansemann (73), Rubin (184), Sachs (187) u. a. beobachtet. Rubin (184) teilt mit, dass von 9 operablen Fällen der Wertheimschen Klinik zwei durch die Radiumbehandlung inoperabel wurden.

Misserfolge der Bestrahlungstherapie werden von Dobbert (44), Döderlein (46), Hölder (88), Newzomet (157), Pothérat (172) u. a. bekanntgegeben. Williamson (Diskussion zu Pinch, Nr. 169) behauptet, ohne Ausnahme gesehen zu haben, dass nach vorläufiger Besserung der Symptome das Karzinom später plötzlich in erhöhtem Masse zu wuchern anfing. Diefenbach (43), der angeblich aus 11jähriger Erfahrung spricht, soll nur zeitweise aber nie andauernde Heilung gesehen haben.

Dass die **Operation** nach einer vorbereitenden Bestrahlung **erschwert** sein kann, geht aus der Veröffentlichung von Thévénard (206) hervor.

Was die **Wirkung auf die Metastasen** betrifft, glaubt Morson (149) eine solche in gewissem Grade erzielt zu haben. Sachs (187) hält sie für möglich im Sinne einer Fernwirkung durch das in die bestrahlten Zellen entstehende Cholin. Nach Seitz (194) ist sie

gering. v. Wassermann (219) hält es beim gegenwärtigen Stande der Strahlentherapie nicht für möglich, Metastasen eines Karzinoms im Innern des Organismus in wirkungsvoller Weise zu treffen.

In vielen Fällen werden im Anschluss an eine Bestrahlungsbehandlung **Allgemeinerscheinungen** beobachtet. Diese treten auf entweder in Form von Intoxikationserscheinungen, als Störungen von seiten des Nervensystems, Appetitmangel, Gewichtsverlust, Tempertursteigerungen: Allmann (3), Dobbert (44), Latzko (128), Warnekros (217) u. a., oder als Anämie, schwerste Kachexie, Nierenstörungen, peritoneale Reizung: Henkel (83), Warnekros (217) u. a., oder schliesslich in Form von Darmtenesmen, Blasenstörungen usw.: Allmann (3), Braude (20), Peham (165), Koblanck (108) u. a.

Meyer (145) beschreibt zwei Fälle von äusserst schwerer Infektion infolge intrauteriner Anwendung des Radium.

Die Doktorarbeit von Fürstenberg (63) beschäftigt sich mit der Beeinflussung des **Blutbildes** durch die Röntgenstrahlen und die radioaktiven Substanzen.

Auch **lokale Schädigungen** werden mehrfach bekannt gegeben. Bucky (23) sah tiefe Geschwüre der Haut, des Gesässes, der Schamgegend und eine Blasenscheidenfistel bei einer Patientin eintreten, die früher als besonders günstig verlaufener Fall auf einem Kongress demonstriert worden war. Wagner (213) teilt einen ganz ähnlichen Fall aus der Klinik Wertheim mit. Dolz (48) bearbeitete dieses Thema zu einer Dissertation. Auch Fischer (56) und Legueu (133) sahen Durchbrüche in Blase und Rektum. Ein Karzinom, das nach Bestrahlung auf einer lupös veränderten Haut entstanden war, wird von Harzbecker (75) beschrieben. Koblanck (108) hat bisher an seinen Fällen bei sieben Kranken neun Fisteln infolge der Bestrahlung entstehen sehen; auch Scheiden- und eine Darmstenose und enorme Brüchigkeit des Darmes. Scheiden- und Cervixstenosen werden auch von Siedentopf und Penkert (Diskussion zu Weinbrenner, Nr. 226) beschrieben. In einem von Köhler und Schindlers Fällen (109) entstand eine Rektovaginalfistel. Am leichtesten lassen sich die Lokalschädigungen wohl als Folge der Sekundärstrahlung an den Filtern erklären. Rektumschädigungen wurden von Latzko und Wertheim (128) und Rubin (184) beschrieben. Pankow (163) hielt einen Vortrag über die Mastdarm- und Blasenschädigungen bei der Radium- und Mesothoriumbehandlung des Uteruskrebses.

Über die **Technik der Bestrahlung** wird in einem anderen Kapitel: „Elektrizität usw." berichtet. Die Frage der **Dosierung** der Strahlen ist immer noch nicht entschieden. Für die Anwendung kleinerer Dosen über lange Zeiträume verteilt haben sich u. a. Bucky (23), de Courmelles (35), v. Hansemann (74), Henkel (84), Köhler und Schindler (109), Pagenstecher (161) und Wagner (213) ausgesprochen. Dagegen wollen Allmann (4), Krönig (121), Sachs (187) u. a. möglichst hohe Dosen auf einmal verabreichen.

Arzt und Schramek (8) schlagen die **intratumorale Radiumbestrahlung** maligner Geschwülste vor. Dagegen fürchtet Mansfeld (139) schon von der intrauterinen Anwendung, dass die Manipulationen im karzinomatösen Gewebe die Virulenz der Bakterien erwecken und zu Peritonitis führen können. Und in der Tat publiziert Meyer (145) zwei Fälle, bei denen nach endozervikaler Radiumapplikation einmal eine schwere, parauterine Entzündung des ganzen Beckenbindegewebes und der Adnexe mit Ausgang in Heilung, einmal nach gleicher Behandlung eine foudroyante Sepsis auftrat, die in kurzer Zeit den Exitus herbeiführte. Auch Braude (20) zieht bei Kollumkarzinom die vaginale vor der intrazervikalen Applikation vor.

Besondere Methoden der Bestrahlung geben Haret (74), de Keating-Hart (100) und Nassauer (cf. Kapitel „Karzinome", Nr. 197) an. Ersterer will auf elektrischem Wege die Radiumionen in das Innere des Tumors hineinbringen und behauptet mit diesem Verfahren gute Resultate erzielt zu haben. Nassauer hat radioaktive Bolus in die Scheide gebracht.

Viele Autoren kombinieren die Strahlenbehandlung mit der **Injektion von kolloidalen Metallen,** wie Cholin, Enzytol, Elektroselenium und -kobalt, Radium-Barium-Selenat u. a. Darüber berichten Allmann (3 und 4), Daels (cf. Kapitel „Karzinome", Nr. 55), Henkel (84), Hölder (88), Keil (103), Klotz (106), Mayer (140), Nahmmacher (156), Rapp (cf. Kapitel „Karzinome", Nr. 224), Sielmann (196), Seitz (194), Vogt (212) u. a. Ersterer injizierte auch Serum von bestrahlten Patienten zur Verstärkung der Strahlenwirkung.

Die meisten Autoren sehen Vorteile in dieser **Kombination von Radio- und Chemotherapie,** aber gerade die drei zuletzt genannten sind etwas zurückhaltend in ihrem Urteil. Und Ritter und Allmann (179), die experimentelle Untersuchungen an der Haut hoffnungsloser Karzinomkranker vornahmen, fanden dabei, dass bei gleichzeitiger Behandlung mit

Röntgenstrahlen bzw. Radiumpräparaten und Enzytol die Haut nur etwa die Hälfte der Strahlenmenge ohne Erythem vertrug. Es bleibt daher zu untersuchen, ob das Enzytol imstande ist, die andere Hälfte der Strahlenmenge, die mit Rücksicht auf die Haut nicht appliziert werden kann, hinsichtlich der Wirkung auf den Tumor zu ersetzen. Schädigungen des Gesamtorganismus durch das Enzytol traten, abgesehen von den schnell vorübergehenden, allerdings recht schweren Kollapszuständen, nicht in Erscheinung. Wilms (Diskussion zu Werner, Nr. 227) wendet sich aus denselben Gründen wie die vorigen gegen die Anwendung des Enzytols. Dagegen findet dieses Präparat in Werner (227) einen warmen Fürsprecher.

Röntgentherapie.

Viele der vorerwähnten Arbeiten beziehen sich nicht auf eine ausschliessliche Radium- resp. Mesothoriumbestrahlung, sondern auf eine kombinierte Röntgen-Radium-Behandlung.

In der **biologischen Wirkung** der härtesten Röntgen- und der γ-Strahlen des Radium dürfte immerhin ein gewisser Unterschied nicht zu verkennen sein. Den Vergleich ihrer Wirkungen auf Karzinomgewebe hat Hernaman-Johnson (85) angestellt. Die Röntgenstrahlen sollen eine hervorragend günstige Wirkung auf die Umgebung des Krebses haben, während die Radiumstrahlung mehr insbesondere das Karzinomgewebe selbst beeinflusst. Deshalb soll bei inoperablen Tumoren ein Radiumröhrchen in das Geschwulstzentrum eingeführt werden, während die Geschwulstumgebung und Metastasen mit Röntgenstrahlen behandelt werden sollen, die schmerzlindernd wirken, Ulzerationen verhindern und äussere Knoten verschwinden lassen. Auch Keetman (101) kommt aus seinen Beobachtungen zum Schluss, dass ein Unterschied in der biologischen Wirkung zwischen Röntgen- und Radiumstrahlen angenommen werden muss. Kommen die gleichen Energiemengen beider Strahlenarten im Gewebe zur Absorption, so ist die biologische Wirkung nicht die gleiche. Krönig (120) hält ebenfalls die beiden Strahlenarten nicht für gleichwertig. In der Praxis können sie aber vielleicht doch gleichwertig sein oder gemacht werden: Dessauer (42), Schiffmann (190), H. E. Schmidt (191), v. Seuffert (195), Warnekros (218) u. a.

Es ist denn auch in letzter Zeit versucht worden, **die Radiumbestrahlung durch die Behandlung mit sehr harten Röntgenstrahlen ganz zu ersetzen.** Besonders Bumm und Warnekros (27 und 28), Dessauer (38 bis 42), Strebel (203) u. a. haben sich darum bemüht und die Erfolge, von denen sie berichten, sind sehr günstig. Auch nach dem alten Verfahren, ohne die ausserordentlich grossen Dosen der Bummschen Klinik in Anwendung zu bringen, lassen sich gute **Resultate** erzielen. Nach Amann (7) handelt es sich nunmehr um die Erzeugung ganz anderer Strahlenarten unter bestimmten physikalischen und technischen Voraussetzungen neuer Art. Seine Erfahrungen an 52 eigenen Fällen sind sehr gute. Nach Pagenstecher (161) hat die Methode der kurzzeitigen Intensivbestrahlung die Gefahr der Metastasenbildung; bestimmte Gewebsbezirke erhalten zu leicht eine Reizdosis. Man sollte täglich bestrahlen, aber länger und härter, und diese mehrstündigen Dauerbestrahlungen entsprechend oft wiederholen. Wirkliche Heilungen hat Pagenstecher bei seinen 150 inoperablen Tumoren nicht gesehen, obschon die Uteruskarzinome am günstigsten beeinflusst wurden. Auch die Erfahrungen Gambaroffs (64) sind weniger ermutigend. Nur in einem Falle von beginnendem Vaginalkrebs trat völlige Heilung ein, sonst in allen Fällen nur eine Besserung der klinischen Erscheinungen. Dasselbe Resultat hatte Borell (18) bei seinen Karzinombestrahlungen mit grossen Dosen. Kotzenberg (113) berichtet, dass von seinen 13 inoperablen Uteruskrebsfällen durch Röntgenbestrahlung fünf gebessert, resp. klinisch geheilt sind.

Was die **Röntgenbeschädigungen** betrifft, wird von Monheim (147) eine schwere Verbrennung im Anschluss an die Intensivbestrahlung und von Warnekros (218) die Entstehung eines Erythems mitgeteilt. Nach Amann (7) soll sogar die Verbrennung zweiten oder dritten Grades noch innerhalb weniger Wochen glatt verheilen.

Regaud und Nogier (174) teilen mit, dass bei einzelnen malignen Tumoren nach einiger Zeit eine **Abnahme der Radiosensibilität** eintritt, deren Ursache wahrscheinlich in Blutveränderungen durch Resorption von Zellzerfallsprodukten zu suchen ist. Für die Praxis empfehlen sie deshalb die Intensivbestrahlung in möglichst kurzem Zeitraum zu Ende zu führen.

Zur Verstärkung der Strahlenwirkung wird von de Keating-Hart (100) die **Thermoradiotherapie** empfohlen, nach dem Grundsatze, dass je wärmer ein Gewebe ist, um so empfindlicher für die Bestrahlung und umgekehrt. Dieselben Resultate wie sonst werden mit kleineren Dosen erzielt.

Frankl und Kimball (60) haben gefunden, dass die harte Röntgenbestrahlung nicht bloss die Tumorzelle selbst, sondern auch den Nährboden des Tumors zu beeinflussen vermag, woraus eine bedeutsame Hemmung des Tumorwachstums resultiert.

Karzinom und Schwangerschaft.

1. Andrews, H. R., Demonstration of a carcinomatous uterus removed after performing caesarean section. Sect. of obst. and gyn. of the royal Soc. of Med. Sitzg. vom 2. Juli. Ref. The Lancet. Nr. 4742. 18. Juli. S. 159. (39 jährige Frau. Das Karzinom der vorderen Cervixwand hatte während der Schwangerschaft keine Symptome gemacht und war an der Oberfläche nicht ulzeriert. Der äussere Muttermund war so rigide, dass nach 24 stündlichen kräftigen Wehen die Geburt nicht weiter kam. Kaiserschnitt mit nachfolgender Uterusexstirpation.)
2. Berecz, J., Karzinom und Gravidität. Sectio caesarea. Wertheimsche Operation. Ungar. Ärzteverein, Budapest. Sitzg. vom 8. Dez. 1913. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 22. S. 804—805. (Bei operablen Fällen: ohne Rücksicht auf die Frucht Radikaloperation. Bei inoperablen Fällen: das Kind zu erhalten suchen durch Abwarten bis ans Ende der Gravidität. — Mitteilung eines Falles einer X para mit Portiokarzinom, die am Ende der Gravidität die Klinik aufsuchte und bei der mit gutem Erfolg Kaiserschnitt mit nachfolgender Wertheimscher Operation — leicht — vorgenommen wurde.)
3. Casalis, R. et R. Lecocq, L'accouchement par hystérectomie sans ouverture préalable de l'utérus; l'enfant étant vivant. Ann. de gyn. et d'obst. Nr. 2. S. 67—71. (Die Operation wurde auch einmal — mit Erfolg für Mutter und Kind — bei einem Portiokarzinom ausgeführt. · Übrigens dieselben Indikationen wie beim Porro.)
4. Döderlein, A., Gravidität und Karzinom. Gyn. Ges. zu München. Sitzg. vom 22. Jan. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 7. S. 390. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 13. S. 677. (Die Gravidität wurde unterbrochen, das Karzinom bestrahlt. Jetzt nichts mehr von Karzinom zu sehen oder zu tasten.)
5. Ferrari, E., Cancer du col de l'utérus; Wertheim pendant les suites de couches; métastases multiples. Réunion obst. et gyn. d'Alger. Sitzg. vom 25. April. Ref. Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn. de Paris. Nr. 5. S. 414—415. (Die vor 21 Monaten im Wochenbett operierte Kranke — siehe diesen Jahresbericht Bd. 27 [1913] „Karzinom und Schwangerschaft" Nr 1a — hat jetzt zahlreiche Metastasen unter der Haut, in den Muskeln, den Knochen, in der Niere. In der Vagina ist kein Rezidiv nachweisbar. — Diskussion: Fuster sowohl wie Cabanes haben ähnliche Fälle von allgemeiner Karzinose nach abdominaler Totalexstirpation gesehen. Letzterer hat in seinem Fall über 300 kleine metastatische Tumoren gezählt.)
6. Gemmell, J. E., Carcinoma of the cervix which had commenced during a pregnancy. North of England Obst. and gyn. Soc. Sitzg. in Liverpool am 20. Febr. Ref. The Journ. of obst. and gyn. of the Brit. Emp. Bd. 25. Nr. 4. S. 226. The Brit. med. Journ. Nr. 2776. 14. März. S. 596. (34 jährige VIII para. Am Ende der Schwangerschaft Blutungen. Entbindung ungestört. Später abdominale Uterusexstirpation. Heilung.)
7. v. Graff, E., Über den Einfluss der Gravidität auf das Wachstum maligner Tumoren. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 1. S. 7—9. (Cf. Jahrg. 1913 dieses Jahresberichts, dieses Kapitel Nr. 4.)
8. Recasens, S., Die totale Gebärmutterabtragung als Ersatz für den Kaiserschnitt in Fällen von Infektion. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 39. (Bei einer Frau im siebenten Monat mit ausgedehntem Cervixkarzinom machte Verf. die Totalexstirpation. Aus dem sofort eröffneten Uterus gelang es, ein lebendes Kind zu entfernen.)
9. Sullivan, R. Y., Pregnancy and labor complicated by carcinoma of the cervix uteri. The Journ. of the Amer. med. Assoc. Bd. 62. Nr. 22. 30. Mai. S. 1715—1716. (Kasuistisch. 34 jährige V para. Weil das Karzinom inoperabel, sollte die spontane Geburt abgewartet werden. In der 32. Woche Frühgeburt, Kaiserschnitt und abdominale Amputation des Corpus uteri. Das Karzinom wird vaginal kauterisiert. Nach sechs Wochen Exitus.)

10. Walls, W. K., A case of caesarean section and Wertheims hysterectomy. North of England obst. and gyn. Soc. Sitzg. vom 17. April. Ref. Brit. med. Journ. Nr. 2784. 9. Mai. S. 1020. (Schwangerschaft im siebenten Monat und Karzinom der Cervix. Zystische Ovarien.)

Sarkome.

(Siehe auch unter „Myome" und „Strahlentherapie der Myome".)

1. Abbe, R., Die Anwendung von Radium bei Karzinom und Sarkom. Strahlentherapie. Bd. 4. Heft 1. (Vorwiegend nicht-gynäkologische Fälle. Durch die richtige, genügend grosse Dosis Gammastrahlen [„Kreuzfeuer"] lässt sich Degeneration und Resorption der Zellen herbeiführen. Gesundes Gewebe ist zweifellos viel widerstandsfähiger gegenüber den Radiumstrahlen als die Zellen maligner Tumoren.)
2. Beckmann, W., Zur Kenntnis der heterologen mesodermalen Neubildungen des Gebärmutterhalses. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 75. Heft 3. S. 566—596. (Cf. Bd. 27 dieses Jahresberichtes, Kapitel „Sarkome", Nr. 2.)
3. Blumenthal, F. und C. Lewin, Behandlung von Sarkomratten mit den Extraktstoffen des eigenen Tumors. Ther. d. Gegenw. Nr. 3. S. 115—118. (Im Vergleich mit den auf intravenösem Wege erreichten Erfolgen der chemotherapeutischen Versuche sind die Ergebnisse der Tumorautolysatbehandlung besser, namentlich, wenn man nur die lebenden geheilten Tiere als Erfolg gelten lässt. Die Wirkungen, die das charakteristische Merkmal der Metalleinwirkung bei der Chemotherapie sind, treten bei der Tumorextraktbehandlung sehr viel geringer in Erscheinung. Grössere Blutungen haben die Autoren selten in den Tumoren gefunden; starke Erweichungen mit Verflüssigung und Nekrosenbildung kommen weniger selten vor und haben häufig trotz der Rückgänge der Tumoren den Tod herbeigeführt. Die langsamere Wirkung ist der Vorteil der Tumorextraktbehandlung. Meist resorbieren sich allmählich die Tumoren unter geringem Weicherwerden und diese Art der Heilung ermöglicht, einen hohen Prozentsatz geheilter Tiere am Leben zu erhalten.)
4. Blumenthal, N. und E. Fränkel, Untersuchungen mit der Meiostagminreaktion (Ascoli und Isar). Münchn. med. Wochenschr. Nr. 39. S. 1996—1997. (Cf. Kapitel „Karzinome", Nr. 24.)
5. Davies, T. B., A case of sarcoma of the cervix uteri. Sect. of obst. and gyn. of the royal Soc. of Med. Sitzg. vom 3. Dez. Ref. The Brit. med. Journ. Nr. 2817. 26. Dez. S. 1100. (Unverheiratete 29jährige Frau, die seit drei Wochen geblutet hatte. Der weiche Tumor der vorderen Muttermundslippe füllte die halbe Vagina; der Uteruskörper war nicht vergrössert. Mikroskopisch Spindelzellensarkom. — Vortragender demonstriert weiter noch ein typisches Spindelzellensarkom des breiten Bandes, das in keiner Weise mit dem Uterus in Verbindung stand.)
6. Donald, A., Endothelioma of the cervix. Journ. of obst. and gyn. of the Brit. Emp. Bd. 25. Nr. 1. S. 44—45. (Kasuistisch. Mit einer Abbildung.)
7. Ehrlich, F. B., Fall von primärem Sarkom der Portio. Gyn. Ges. zu Dresden. Sitzg. vom 23. April. Ref. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 24. S. 1142. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 32. S. 1142—1146. (Sehr ausführlich!) (Zirkumskriptes Geschwür an der wulstigen Portio, welches makroskopisch ein sicheres Karzinom zu sein schien. Vaginale Uterusexstirpation nach Freund-Wertheim, weil die Parametrien nicht infiltriert waren und Drüsenmetastasen nicht festgestellt werden konnten. Die mikroskopische Untersuchung ergab, dass es sich um ein Rund- bzw. Gemischtzellensarkom handelte. In der Geschwulst wurde ein eigentümliches bräunliches Pigment gefunden, das aber für Melanosarkom keinen Anhalt bot. Auch der Verlauf des Falles — Wohlbefinden vier Jahre nach der Operation — spricht gegen die Annahme eines Melanosarkoms.)
8. Fränkel, E., Weitere Untersuchungen mit der Abderhaldenschen Reaktion bei Karzinom, Sarkom und Tuberkulose. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 12. S. 589 bis 590. (Cf. Kapitel „Karzinome", Nr. 89.)
9. Geist, S. H., A contribution to the histogenesis of sarcomatous change in uterine fibromyomata. Amer. Journ. of obst. and dis. of women and childr. 1913. Bd. 68. Nr. 6. S. 1053—1063. (Die sarkomatöse Umwandlung nimmt vom Muskelgewebe,

nicht vom Bindegewebe ihren Ausgangspunkt. Es handelt sich also weder um „Degeneration“, noch um regressive, sondern im Gegenteil um progressive Veränderungen. An der Hand zweier selbst beobachteter Fälle werden diese Umwandlungen genau histologisch verfolgt und an instruktiven Bildern demonstriert. — Unter 250 Fällen von Myom wurde 12mal sarkomatöse Umwandlung gefunden. In neun dieser Fälle handelte es sich um multiple Myome mit einem solitären Sarkomherd. Fünf Fälle waren reine Spindelzellensarkome, ein Fall ein Rundzellensarkom, sechs waren von gemischtem Typus.)

10. Glynn, E. and W. Blair Bell, Rhabdomyosarcoma of the uterus. Journ. of obst. and gyn. of the Brit. Emp. Bd. 25. Nr. 1. S. 1—12. (Krankengeschichte zweier Fälle. 62 bzw. 75jährige Frauen. Beide Male sass an der hinteren Wand ein die ganze Uterushöhle ausfüllender Tumor, welcher aus einem spindelzelligen Stroma mit eingelagerten, embryonalen, quergestreiften Muskelfasern und vielkernigen Zellen [Sarkoblasten] bestand. Aus der Literatur vermochten die Verff. 20 Fälle derartiger Uterusgeschwülste zu sammeln, die ausführlich mitgeteilt werden. 14 davon endigten letal trotz Operation. Diese Neubildungen gehören zu den mesodermalen gemischten Geschwülsten und entstehen wahrscheinlich durch Versprengungen embryonalen mesodermalen Gewebes. — 12 Abbildungen.)

11. Harmer, Coleys fluid in treating inoperable sarcoma. Boston med. and surg. Journ. Nr. 7. August. (Resultate an 32 Fällen; genau beobachteter und mikroskopisch kontrollierter Verlauf und Erfolg der Behandlung. In sechs Fällen vollständige Heilung; diese werden ausführlich mitgeteilt. Die Coleysche Flüssigkeit ist eine Mischung von Streptokokken- und Bac. prodigiosus-Toxin.)

12. Hartmann, K., Beiträge zur Frage des Sarkoms nach Trauma. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 88. Heft 3. (Besprechung zweier — nicht-gynäkologischer — Fälle, die zur Begutachtung Veranlassung gegeben hatten.)

13. Hellier, J. B., Grape-like sarcoma of the cervix uteri. North of England obst. and gyn. Soc. Sitzg. vom 15. Mai. Ref. The Brit. med. Journ. Nr. 2790. 20. Juni. S. 1355. The Lancet. Nr. 4738. 20. Juni. S. 1752. (34jährige IIpara. Der Tumor muss schon seit zwei Jahren bestanden haben; es wurden wiederholt spontan Stücke abgestossen. Er ging gestielt von der hinteren Lippe aus. Abtragung und vaginale Hysterektomie.)

14. — Demonstration of a cystic sarcoma of the uterus. North of Engl. obst. and gyn. Soc. Sitzg. vom 20. Nov. Ref. The Brit. med. Journ. Nr. 2817. 26. Dez. S. 1101. The Lancet. Nr. 4765. 26. Dez. S. 1465. (46jährige Multipara, die seit 14 Monaten wachsende Geschwulst im Abdomen fühlte. Supravaginale Hysterektomie.)

15. Kouwer, B. J., Sarcoma uteri; operables Rezidiv drei Jahre später. Nederl. Gyn. Vereeniging. Sitzg. vom 24. Mai. Ref. Nederl. Tijdschr. v. Verl. en Gyn. Jahrg. 24. Heft 1. S. 79—80. (Holländisch.) (Der Primärtumor war gestielt und allseits mit dem Darm verwachsen. Wegen des Zustandes der Patientin musste er im gesunden Stiel vom Uterus abgetrennt und vom Darm gelöst werden. Nach drei Jahren von neuem kystöses Sarkom in der Bauchhöhle, das in keiner Weise mit dem Uterus in Zusammenhang stand und von Adhäsionen genährt wurde.)

15a. Kouwer, Ein erweichtes Uterussarkom. Ned. gyn. Ver. 24. Mai. Ned. Tijdschr. voor Verlosk en Gyn. 24. Jaarg. (Mendes de Leon.)

16. Kouwer, B. J., Demonstration einiger Uteri mit Sarkom. Nederl. Gyn. Vereeniging. Sitzg. vom 18. Okt. Ref. Nederl. Tijdschr. v. Verlosk. en Gyn. 1915. 24. Jahrg. Heft 2/3. S. 198. (Holländisch.) (Im ersten Fall handelte es sich um eine 60jährige Virgo. Im Dezember 1913 Curettage wegen Blutung, bei der nichts Malignes gefunden wurde. Mai 1914 Uterusexstirpation wegen der Diagnose Karzinom bei der Probecurettage. Drei Monate später Rezidiv in der Narbe: mikroskopisch Sarkom. Nachträglich meint nun der Patholog-Anatom auch im ersten Ausschabsel sarkomatöse Stellen zu finden. — Im zweiten Falle eine 60jährigen Patientin, die wegen Blutungen im April 1912 curettiert wurde, ohne dass in der Curettage Malignes gefunden wurde. Febr. 1914 Urethralpolyp entfernt. Sieben Monate später starke Blutung, vergrösserter Uterus, Parametrium mit angegriffen. Schwierige Totalexstirpation, bei der die Vena iliaca comm. unterbunden werden musste. Exitus nach der Operation. Metastasen in der Leber.)

17. Lahm, W., Zur Frage des malignen Uterusmyoms [Leiomyoma malignum]. Gyn. Ges. zu Dresden. Sitzg. vom 19. Febr. Ref. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 14. S. 667. (Cf. Kapitel „Myome“, Nr. 60.)

18. Martin, T. M., Metastasis of lung secondary to sarcoma uteri simulating pneumonia. Clin. Journ. 1913. Bd. 42. Nr. 26. S. 416. (1½ Jahr nach der Totalexstirpation des sarkomatösen Uterus traten unter der Form einer Pleurapneumonie die ersten Erscheinungen auf. Die Diagnose auf Sarkommetastasen wurde durch die Sektion bestätigt.)

19. Morson, A. C., Radium and cancer; histology. Pathol. soc. of Great Britain and Ireland. Sitzg. vom 9.—10. Jan. Ref. The Brit. med. Journ. Nr. 2768. 17. Jan. S. 145. (Rundzellensarkome reagieren sehr leicht; Spindelzellensarkome weit weniger. Cf. „Strahlentherapie der Karzinome", Nr. 149.)

20. Murray, H. L. and R. M. Littler, A case of „mixed tumour" of the uterus (Adeno-Chondro-Sarcoma). Journ. of obst. and gyn. of the Brit. Emp. Bd. 25. Nr. 1. S. 26—30. (Kasuistisch. 46jährige Frau. Die Geschwulstbildung war auf das Endometrium des Uterus beschränkt; in der Uteruswand keine Tumoren. Vier Abbildungen mikroskopischer Präparate.)

21. Nagy, Th., Über ein Sarkom der Gebärmutter, entstanden auf Grund einer infektiösen Granulombildung. Zugleich ein Beitrag zur Frage der Psoriasis und Leukoplacia uteri. Arch. f. Gyn. Bd. 102. Heft 3. S. 611—638. (Eignet sich nicht zu einem kurzen Referat.)

22. Nürnberger, L., Sarkom des Uterus mit Durchbruch in die Bauchhöhle. Gyn. Ges. zu München. Sitzg. vom 26. Febr. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 12. S. 681. (Demonstration mikroskopischer Schnitte durch den ganzen Uterus. Erklärung der Technik. Die Schnitte sind nicht dicker wie 10 μ.)

23. Oldfield, J., Specimens of Mesothelioma. North of England obst. and gyn. Soc. Sitzg. vom 17. April. Ref. Brit. med. Journ. Nr. 2784. 9. Mai. S. 1020. The Lancet. Nr. 4732. 9. Mai. S. 1328. (In einem Falle hatte der Uterus bis in der Grösse am Ende einer Schwangerschaft im Umfang zugenommen. Im zweiten Falle sass der Tumor retrocökal.)

24. Pergament, Sch., Über die Sarkome des Uterus. Dissert. in. Basel 1913. (Bericht über fünf Fälle, die alle mit Myomen kombiniert waren. Von diesen gingen drei an Rezidiv zugrunde, eine ist noch nach 4½ Jahren gesund, von der letzten Patientin fehlen die Nachrichten.)

25. Rous, P., Histologische Variationen eines Hühnersarkoms mittelst filtrierbaren Agens erzeugt. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 27. S. 1265. (Durch sterilisierte Berkefeldfiltrate von Tumorbrei konnte Verf. drei Arten von Hühnersarkom erzeugen, die sich durch wiederholte Inokulationen überimpfen liessen. Ferner wurden viele durch Injektion von Berkefeldfiltraten mit ausgetrocknetem und glyzerinisiertem Tumorbrei erzeugte Geschwülste untersucht.)

26. Sell, G., Ein Fall von Endotheliom des Uterus (Lymphangioendotheliom). Dissert. in. München. Jan. Als Original erschienen i. d. Zeitschr. f. Krebsforsch. Bd. 14. Heft 1. (Der Tumor sass an der Portio, er war teilweise papillär gegliedert, teilweise zystisch und führte zu profusen Blutungen. Operative Entfernung. Die histologische Untersuchung ergibt, dass es sich um ein Endotheliom handelt, da sich Übergänge von normalen Endothelien zu Tumorzellen nachweisen lassen.)

27. Solomons, B. A. H., Demonstration of a sarcoma of the uterus. Sect. of obst. of the royal Acad. of Med. in Ireland. Sitzg. vom 27. Nov. Ref. The Brit. med. Journ. Nr. 2817. 26. Dez. S. 1101. (47jährige Frau; letzte Entbindung vor sieben Jahren. Keine Blutungen; regelmässige Menstruation. Nur Leibschmerzen. Wertheimsche Totalexstirpation. Mikroskopisch gemischtzelliges Sarkom mit starker Nekrose. Drüsen wurden nicht gefunden. Vortragender sah zahlreiche Sarkome, aber immer zur Zeit der Menopause. Er hält im allgemeinen die Prognose der Totalexstirpation für gut.)

28. Watson, B. P., Perithelioma of the uterus. Amer. Journ. of obst. and dis. of women and childr. Bd. 69. Nr. 5. S. 806—810. (Kasuistisch. 48jährige Ipara. Seit einem Jahr wässeriger Ausfluss, zeitweise etwas blutig. Curettage ergibt grosse epitheloide Zellen, an einigen Stellen reihenförmig um ein Gefässlumen gelagert. Vaginale Uterusexstirpation. Später bekam Patientin ein Plattenepitheliom der vorderen Scheidenwand und Urethra.)

29. Willey, F., Endothelioma of the uterus removed from a single woman. Sect. of obst. and gyn. of the Royal Soc. of Med. Sitzg. vom 7. Mai. Ref. The Lancet. Nr. 4735. 30. Mai. S. 1536. The Journ. of obst. and gyn. of the Brit. Emp. Bd. 25. Nr. 6. S. 363.

(Kasuistisch. 45jährige ledige Frau. Vor drei Jahren waren starke Blutungen eingetreten. Jetzt wurde die subtotale Hysterektomie gemacht wegen intermittierenden Schmerzen. Der eigrosse Tumor im Fundus war nur teilweise abgekapselt und zystisch entartet. Diagnose: Peritheliom.)

Zur **Ätiologie** und **Histogenese** der Sarkome sei an erster Stelle auf die Arbeit von Geist (9) hingewiesen. Er fand, dass es sich bei der sarkomatösen Umwandlung in Uterusmyome weder um „Degeneration", noch um regressive, sondern im Gegenteil um progressive Veränderungen handle. Die sarkomatöse Umwandlung nimmt vom Muskelgewebe, nicht vom Bindegewebe ihren Ausgangspunkt. Nagy (21) hat seine Beobachtungen über ein Sarkom des Uterus, entstanden auf Grund einer infektiösen Granulombildung, ausführlich ausgearbeitet und beschrieben. Rous (25) gelang es, durch sterilisierte Berkefeldfiltrate von Tumorbrei bei Hühnern drei Arten von Sarkom zu erzeugen. die sich durch wiederholte Inokulationen überimpfen liessen. Hartmann (12) liefert Beiträge zur Frage des Sarkoms nach Trauma.

Man siehe bezüglich der Histogenese der Sarkome wie des Vorkommens und der Frequenz von **sarkomatösen Umwandlungen in Uterusmyomen** auch die betreffenden Arbeiten in den Kapiteln „Myome" und „Strahlentherapie der Myome".

Zur **Diagnose** des Uterussarkoms sind ebenso wie beim Uteruskarzinom die Serumreaktionen herangezogen.

Die **Meiostagminreaktion** wurde von Blumenthal und Fränkel (4) angewandt, jedoch gar nicht verwendbar gefunden: nur in 30—45% richtige Resultate. Auch Roosen und Blumenthal (cf. Kapitel „Karzinome", Nr. 236) hatten mit ihr sehr wechselnde Erfolge.

Fränkel (8) fand, dass mit der **Reaktion nach Abderhalden** 3 von 16 Sarkomen positiv reagierten mit Karzinomsubstrat. Mit Sarkomgewebe wurden 62 Sera geprüft. Von 9 Sarkomen reagierten 5 positiv, von 53 anderen Fällen 11 Karzinome, 7 Gravide usw. Die Untersuchungen ergaben beim Sarkom ebensowenig wie beim Karzinom bis jetzt klinisch und diagnostisch brauchbare Resultate. Schawlow dagegen (cf. Kapitel „Karzinome", Nr. 247) behauptet, nur 6,36% Fehldiagnosen gehabt zu haben.

Die Schwierigkeiten, die sich bei der **klinischen Diagnose** des Uterussarkoms vortun können, gehen u. a. aus den Fällen von Ehrlich (7) und Kouwer (16) hervor.

Pathologisch-anatomisch besondere Formen von Uterussarkomen wurden von Hellier (13 und 14), Kouwer (16), Nürnberger (22) und Willey (29) beschrieben. Über **histologische Befunde** wird in den Mitteilungen von Beckmann (2), Geist (9), Nürnberger (22), Solomons (27), Watson (28) u. a. ausführlich berichtet. Siredey (cf. Kapitel „Karzinome", Nr. 261) beschreibt eine lokale Eosinophilie in der Umgebung der Sarkomwucherung, die unabhängig von Entzündungsprozessen sein soll. Zweck derselben ist wahrscheinlich nicht Verteidigung gegen die Zellwucherung der Neubildung, sondern Abwehr gegen die von dieser abgesonderten Gifte.

Besondere Formen von Sarkomen sind beobachtet und beschrieben worden: ein fragliches Melanosarkom von Ehrlich (7), ein Lymphangioendotheliom von Sell (26), ein Adeno-Chondro-Sarkom von Murray und Littler (20), zwei Rhabdomyosarkome von Glynn und Blair Bell (10), die 20 Fälle derartiger Geschwülste aus der Literatur sammeln konnten und darüber ausführlich berichten, sogenannte Mesotheliome von Oldfield (23) und ein Leiomyoma malignum von Lahm (17). — Über ein **Sarkom der Portio** berichten Davies (5), Ehrlich (7), Hellier (13) und Sell (26). Ein **Sarkom des Ligamentum latum** beobachtete Davies (5); dasselbe stand in keinerlei Weise mit dem Uterus in Verbindung.

Die **Therapie** der Uterussarkome bewegt sich, wie die der Karzinome, in letzter Zeit auf radiologischem und serologischem Gebiete.

Über Erfahrungen mit der **Radiotherapie** haben u. a. Abbe (1), Caan, Degrais und Bellot, Haret, Morson, Opitz, Ulesko-Stroganowa u. a. berichtet, deren Publikationen alle im Kapitel „Strahlentherapie der Karzinome" erwähnt sind. Caan (30) hatte in seinen 12 Fällen keine Erfolge mit dieser Behandlung, Degrais und Bellot (36) und Ulesko-Stroganowa (210) dagegen in je zwei Fällen recht gute. Nach Morson (19) reagieren Rundzellensarkome sehr leicht, Spindelzellensarkome weit weniger. Haret (74) hat eine Methode angegeben, auf elektrischem Wege Radiumionen ins Innere des Tumors zu befördern und hatte damit gerade bei einem Sarkom auffallend gute Erfolge.

Die **Autolysatbehandlung** der Sarkome wurde von Blumenthal und Lewin (3) mit zufriedenstellendem Erfolg an Sarkomratten versucht. Abderhalden (cf. Kapitel „Karzinome", Nr. 2) bestätigt diese guten Resultate. Lunckenbein und Pflaumer (cf.

Kapitel „Karzinome", Nr. 185 resp. 207) haben sie beim Menschen angewandt. Wenn auch keine völligen Heilungen erzielt werden konnten, war doch objektiv und subjektiv eine bedeutende Besserung der Symptome zu verzeichnen.

Harmer (11) teilt die Resultate mit, die an 32 Patientinnen mit Injektionen von **Coleyscher Flüssigkeit** (eine Mischung von Streptokokken- und Bact. prodigiosus-Toxin) erzielt wurden. In sechs Fällen trat angeblich vollständige Heilung ein.

Über die **operative Therapie** ist nichts Neues zu berichten. Beispiele von langer **Rezidivfreiheit** werden mitgeteilt von Ehrlich (7; vier Jahre) und Pergament (24; $4^1/_2$ Jahre Dagegen gingen drei von fünf von Pergaments Fällen innerhalb dieser Zeit an Rezidiv zugrunde. Martin (18) musste $1^1/_2$ Jahre nach der Uterusexstirpation das Auftreten von Metastasen in den Lungen feststellen. Kouwer (15) beobachtete drei Jahre nach der Operation von neuem ein kystöses Sarkom in der Bauchhöhle, das jedoch exstirpiert werden konnte und in keiner Weise mit dem Uterus in Zusammenhang stand.

Chorionepitheliome.

1. Brasche, P., Die Lungenmetastasen bei malignem Chorionepitheliom mit besonderer Berücksichtigung eines eigenartigen Falles. Virchows Arch. Bd. 215. Heft 1. S. 106 bis 116. (Bei einer an pneumonischen Prozessen verstorbenen Patientin wurden im Uterus ein ausgedehntes Chorionepitheliom und in den Lungen sehr multiple Embolien von Tumorgewebe gefunden. Letztere sahen aus, als ob sie bei längerem Leben der Patientin resorbiert worden wären. Vor zwei Jahren war ein Abort von zwei Monaten vorangegangen. Seitdem klinische Heilung.)
2. Caturani, M., Chorionepithelioma uteri mit vaginalen Metastasen. Sect. of obst. and gyn. of the New York acad. of Med. Sitzg. vom 23. Dez. 1913. Ref. Med. Record. Bd. 85. Nr. 12. The Amer. Journ. of obst. and dis. of women and childr. Bd. 69. Nr. 435. März. S. 502—503. (Inoperabler, zu spät diagnostizierter Fall, der im Anschluss an eine Blasenmole eingetreten war. Nach Ausräumung der Blasenmole war eine vier Monate anhaltende Amenorrhoe eingetreten. Ausführliche Krankengeschichte.)
3. Cunéo, B., Chorio-épithéliome de l'utérus. Soc. de chir. de Paris. Sitzg. vom 20. Mai. Ref. La Sem. méd. Nr. 21. S. 247—248. La Presse méd. Nr. 42. S. 407. (Ein Fall nach Blasenmole, zwei Fälle nach Abort. In allen drei wurde die Hysterektomie gemacht wegen andauernder Blutung, obschon die Curettagen nichts Sicheres ergaben. Die Patientinnen sind seit zwei und einem Jahre bisher rezidivfrei geblieben.)
4. Donaldson, R., Demonstration of chorion-epithelioma of testis. Oxford and Reading Branch of the Brit. med. Assoc. Sitzg. vom 23. Juli. Ref. The Brit. med. Journ. Nr. 2798. 15. Aug. S. 335. (Nichts Näheres.)
5. Eden, T. W., Chorion-epithelioma of the uterus with bilateral lutein cysts of the ovary. Sect. of obst. and gyn. of the Royal Soc. of Med. Sitzg. vom 8. Jan. Ref. Proceed. of the Royal Soc. of Med. Bd. 7. Nr. 4. S. 146—150. The Lancet. Nr. 4717. 24. Jan. S. 245. The Brit. med. Journ. Nr. 2769. 24. Jan. S. 197. (Ausführliche Mitteilung des kasuistischen Falles. Es war eine Blasenmole vorangegangen. $2^1/_2$ Jahre nach der supravaginalen Hysterektomie ist Patientin jetzt gesund.)
6. Engström, O., Beobachtungen über malignes Chorionepitheliom. Mitt. a. d. gyn. Klinik in Helsingfors. 1913. Bd. 10. Heft 3. S. 175—201. (Mitteilung der ausführlichen Krankengeschichten und der histologischen Befunde von fünf Fällen. Unter anderen wird ein Fall von typischem, metastatischem Chorionepitheliom der Scheide ohne Geschwulstbildung im Uterus mitgeteilt und werden die verschiedenen Möglichkeiten der Entstehung dieses Tumors in der Scheide erörtert. In einem anderen Falle wird atypisches Chorionepitheliom in der Scheide bei destruierender Blasenmole im Uteruskörper gefunden.)
7. Faure, J. L., Demonstration d'un cas de chorio-épithéliome. Soc. de chir. de Paris. Sitzg. vom 13. Mai. Ref. Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris. Nr. 18. S. 637—640. La sem. méd. Nr. 20. S. 238. (Es handelt sich um einen winzigen Tumor brauner Farbe unter der Uterusschleimhaut. Der Uterus hatte wegen anhaltender Blutungen exstirpiert werden müssen, obschon sich bei der vorherigen Curettage nichts Abnormes nachweisen liess. Es war vor etwa zwei Jahren eine Blasenmole vorangegangen. —

In der Diskussion teilt Lejars einen ganz ähnlichen Fall aus seiner Praxis mit. In zwei anderen wurde die Diagnose vorher bei der Curettage gestellt. Tuffier hat ein Chorionepitheliom der Vagina exstirpiert und liess bei der jungen Frau den Uterus zurück, da er bei einer Curettage in demselben nichts Malignes nachweisen konnte. Die Frau ist seit langer Zeit rezidivfrei. Trotzdem sind Dauerheilungen selten. Legueu hat bei einem Chorionepitheliom der Vagina die Hysterektomie gemacht und im Uterus einen zweiten, gleichen Tumor gefunden. Die Frau starb innerhalb drei Jahren an Metastasen.)

8. Favell, W. R., Specimen of a chorioepithelioma. North of England obst. and gyn. Soc. Sitzg. vom 20. Nov. Ref. The Brit. med. Journ. Nr. 2817. 26. Dez. S. 1101. Lancet. Nr. 4765. 26. Dez. S. 1465. (23jährige Frau. Die einzige Schwangerschaft endete vor einem Jahre mit einem Abort im dritten Monat.)

9. Fischer, B., Demonstration eines Präparates von Chorionepitheliom mit primärem Sitz in der Tube. Ärztl. Ver. zu Frankfurt a. M. Sitzg. vom 4. Mai. Ref. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 24. S. 1144. (Näheres wird nicht mitgeteilt.)

10. Gruget et X. Bender, Un cas de chorioépithéliome après une môle hydatiforme. Soc. d'obst. et de gyn. de Paris. April-Sitzg. Ref. Revue mens. de gyn., d'obst. et de péd. Nr. 5. S. 325. (Kasuistisch. Einen Monat nach Ausstossung einer Blasenmole heftige Menorrhagien. Die Curettage ergibt verdächtiges Gewebe. Im exstirpierten Uterus findet sich das Chorioepitheliom. Diskussion: Boissard glaubt, dass die Prognose der Blasenmole nicht so schlimm ist, wie man im allgemeinen annimmt. Es wurde nach seinen 15—20 Fällen nie ein Chorioepitheliom konstatiert. Pinard hat ein 24jähriges Mädchen an Chorioepitheliom nach Blasenmole zugrunde gehen sehen. Couvelaire erinnert an eine Statistik aus der Schweiz, nach der auf 100 Blasenmolen kaum 2—3 Chorioepitheliome vorkommen sollen, dagegen von 100 Chorioepitheliomen mindestens 50 von Blasenmolen vorangegangen sind.)

11. Hartshorn, W. Morgan, Chorioepithelioma — mit Bericht eines tödlichen Falles. Med. Record. 1913. Bd. 84. Nr. 24. S. 1072. (Kasuistisch. Es war einige Wochen vorher eine zeitige Spontangeburt eines mazerierten Kindes erfolgt. Panhysterektomie mit Resektion des linken, vom Tumor ergriffenen Ureters. Exitus am 17. Tage post op. an Lungenmetastasen. Statistik von 99 wegen Chorionepitheliom operierten Fällen.)

12. Hoerrmann, A., Chorionepitheliom des Uterus mit Metastasen an den Labien, die mit Mesothorium bestrahlt wurden. Gyn. Ges. in München. Sitzg. vom 28. Mai. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. Heft 4. S. 619—623. (Sehr ausführlich.) Als Original erschienen im Zentralbl. f. Gyn. Nr. 32. S. 1128—1131. (Ein halbes Jahr vorher Blasenmole. Exstirpation des Uterus und der Knoten in den Labien. Nach kurzer Zeit traten neue Metastasen in den Labien und Parametrien auf, die mit Mesothorium behandelt wurden [Klein]. Die Metastasen in den Labien verschwanden danach sehr rasch, die im Parametrium veränderten sich nur wenig. Exitus. Die Sektion ergab Metastasen in Lunge und Gehirn. — Diskussion: Döderlein.)

13. Jenckel, F. L. A., Chorionepitheliom. Altonaer ärztl. Ver. Sitzg. vom 25. Nov. Ref. Münchn. med. Wochenschr. 1915. Nr. 4. S. 123. (28jährige Frau. Uterusexstirpation. Metastasen in den Lungen liegen zurzeit nicht vor.)

14. Kolde, W., Ein Fall von malignem Chorionepitheliom. Med. Ges. zu Magdeburg. Sitzg. vom 26. Febr. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 17. S. 962. (Bericht über zwei typische Krankengeschichten. — Heutiger Stand der Chorionepitheliomforschung.)

15. Krönig usw., Weitere Erfahrungen bei der nicht operativen Behandlung des Krebses. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 16. S. 793—798. (Es wurde auch ein Chorionepitheliom, das Metastasen in der Lunge gemacht hatte, an beiden Stellen mit gutem Erfolg mit Mesothorium bestrahlt. Patientin starb kurz nachher an Gehirnblutung infolge Gehirnmetastase. Genaue Beschreibung des pathologisch-anatomischen und histologischen Sektionsbefundes. Auch beim Chorionepitheliom soll die Strahlentherapie berufen sein, die Methode der Wahl zu werden. — Weiteres cf. „Strahlentherapie der Karzinome", Nr. 121.)

16. Lake, G. C., The immunological reactions of the proteins of the human placenta with special reference to the production of a therapeutic serum for malignant chorion-epithelioma. Journ. of infect. dis. Nr. 2. S. 385—401. (Die Natur der isolierten Nukleoproteine ist noch zu wenig gekannt und ihr Vorkommen in den lebenden Zellen fraglich. Die damit erhaltenen Reaktionen sind nicht organspezifisch. Auch die mit den Pro-

teinen gewonnenen Antisera reagieren nicht spezifisch, es erscheint also zunächst äusserst unwahrscheinlich, dass man ein Immunserum gegen Chorionepitheliom in dieser Weise gewinnt.)

17. Miller, F., Über ein primäres Chorionepitheliom des Ovariums. Kasuistischer Beitrag mit Bildern. Dissert. in. München. Sept.
18. Misévitsch, T., Sieben Fälle von operiertem Chorionepitheliom. Geb.-gyn. Ges. in Moskau. Sitzg. vom 15. Jan. Ref. La Gyn. Heft 5. Mai. S. 381. (Krankengeschichten.)
19. Nürnberger, L., Zur Kenntnis der Placenta praevia, speziell der Placenta praevia accreta. Prakt. Ergebn. d. Geb. u. Gyn. Bd. 6. Heft 1. S. 1—54. (Berücksichtigt auch das Chorionepitheliom und die chorionepitheliomatösen Wucherungen.)
20. Pestalozza, E., Sulla necessità di una sorveglianza accurata delle donne che partorriono una mola vescicolare. Gaz. ital. d. levatr. Nr. 3. S. 33—38. (Italienisch.) (In fast 20% der Fälle soll nach Blasenmole Chorionepitheliom folgen.)
21. Pollosson, A., Chorionepitheliomes. Lyon méd. 1913. Nr. 34. (Verf. hat die Erfahrung gemacht, dass bei einer Anzahl zweifellos festgestellter Fälle von scheinbar ausgesprochenster Malignität dennoch Spontanheilung eintrat. Trotzdem soll möglichst früh operiert werden und auch in Fällen, in denen man einen Krebs von gleicher Ausdehnung nicht mehr operieren würde. Gegebenenfalls wirkt die Neigung zum Spontanheilen in günstigem Sinne mit. — Besprechung einer Reihe anatomischer Präparate von Chorionepitheliomen, mit und ohne Metastasen, und deren klinischer Verlauf. So wurde eine Frau wegen Chorionepitheliom operiert; Rezidiv, Curettage; neues Rezidiv; Fall wird als hoffnungslos aufgegeben; trotzdem schliesslich Spontanheilung.)
22. Rieck, A., Demonstration eines Uterus mit Chorioepitheliom nach zweimaliger Ausräumung eines unvollendeten Abortus mens. 3—4 (?). Geb. Ges. zu Hamburg. Sitzg. vom 3. Dez. 1913. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 8. S. 312. (Ergibt sich aus der Überschrift. Vaginale Totalexstirpation nach Vortragenden extraperitonealer Methode konnte nicht angewandt werden, da während der Operation der Ausfluss, der im Uterus infolge Zunähung der Portio unter höherem Druck stand, sich einen Ausweg durch eine an der hinteren Fläche des Uterus sich vorbereitende Perforationsöffnung gebahnt hatte. Exitus am fünften Tage an Herzschwäche.)
23. Schridde, H., Chorionepitheliom des Uterus. Demonstration am städt. Krankenh. in Dortmund. Nov.-Dez. 1913. Ref. Med. Klinik. Nr. 6. S. 262. (Diagnose wurde durch Curettage gestellt. Haselnussgrosser Tumor.)
24. Tallant, A. W., A case of chorioepithelioma. Med. rev. of rev. Bd. 20. Nr. 5. S. 253 bis 256. (Beschreibung eines schon am siebenten Tage post partum den Exitus herbeiführenden Deciduoma malignum.)
25. Violet, H., Chorionepithelioma. Lyon méd. 1913. Nr. 34. (Violet hält es für unberechtigte Übertreibung, nach jeder Hydatidenmole den Uterus zu exstirpieren. Viele Frauen blieben nach Ausstossung einer Mole gesund [87%], würden wieder schwanger und entbänden normal am Termine. Notwendig sei aber, sie im Auge zu behalten.)
26. Williamson, H. and C. Noon, Chorionepithelioma with unusual features. Sect. of obst. and gyn. of the Royal Med. Soc. Sitzg. vom 5. März. Ref. Proc. of the royal Soc. of Med. Bd. 7. Nr. 6. S. 232—237. The Lancet. Nr. 4726. 28. März. S. 892. Als Original erschienen in The Journ. of obst. and gyn. of the Brit. Emp. Bd. 25. Nr. 3. S. 150—153. (Kasuistisch. 39jährige IIpara. Februar 1912 Blasenmole. März 1912 Eröffnung eines Douglasabszesses. Vom Juli ab Wohlbefinden bis April 1913, wo die Menses wieder verschwanden. Im August geht Patientin in ein paar Wochen unter Lungenerscheinungen zugrunde. Grosser Tumor im Douglas. Auf Grund der positiven Abderhaldenschen Schwangerschaftsreaktion wird auf Chorionepitheliom geschlossen. Verff. empfehlen nach Ausstossung einer Blasenmole längere Zeit immer wieder nach Abderhalden auf Schwangerschaftsreaktion zu untersuchen, damit frühzeitig eingegriffen werden kann.)

Das Chorionepitheliom kommt am häufigsten **nach Blasenmole** vor. Caturano (2), Cuneo (3), Eden (5), Engström (6), Faure (7), Gruget und Bender (10), Hoerrmann (12), Williamson und Noon (26) u. a. haben solche Fälle publiziert. Nach Pestalozza (20) soll in fast 20% der Fälle nach Blasenmole Chorionepitheliom folgen. Violet (25) warnt

dagegen gegen übertriebene Besorgnis und unmotivierte Exstirpation des Uterus nach jeder Hydatidenmole: 87% der Frauen bleiben nach Ausstossung einer Mole gesund, können wieder schwanger werden und normal entbinden. Nur ist es ratsam, sie im Auge zu behalten. Williamson und Noon (26) empfehlen auf Grund eigener Erfahrungen nach Ausstossung einer Blasenmole längere Zeit immer wieder **nach Abderhalden** auf **Schwangerschaftsreaktion** zu untersuchen, damit bei positivem Ausfall der Reaktion zeitig eingegriffen werden kann.

Fälle von Chorionepitheliom **nach Abort** werden von Brasche (1), Cuneo (3), Favell (8) und Rieck (22) beschrieben, **nach zeitiger Geburt** von Hartshorn (11) und Tallant (24).

Es kommen auch Chorionepitheliome mit **primärem Sitz in anderen Organen** wie dem Uterus vor, zum Beispiel in der Tube (Fischer, 9), im Ovarium (Miller, 17) und auch **bei Männern** im Hoden (Donaldson, 4).

Eden (5) hat **Ovarialveränderungen** beim Chorionepitheliom des Uterus beschrieben.

Metastasen treten bei Chorionepitheliomen häufig in sehr kurzer Zeit auf. Am frequentesten sind sie in den Lungen und im Gehirn [Brasche (1), Hartshorn (11), Hoermann (12), Krönig (15), Williamson und Noon (26) u. a.], an denen die Patientinnen bald zugrunde gehen. Ebenfalls kommen Metastasen in der Scheide [Caturani (2), Engström (6), Legueu (7)] und in den grossen Labien (Hoermann, 12) nicht selten vor, oft ohne dass im Uterus der Primärtumor zu finden wäre [Engström (6), Tuffier (7)],

Trotzdem gelingt es durch die **Operation** doch noch verhältnismässig häufig, die Frauen noch lange Zeit am Leben zu erhalten. So berichten Cuneo (3), Eden (5), Tuffier (7) über Frauen, die jahrelang **rezidivfrei** blieben. Pollosson (21) hält sogar **Spontanheilung** für möglich und eine Operation noch angezeigt in Fällen, in denen man einen Krebs von gleicher Ausdehnung nicht mehr operieren würde.

Hoermann (12) hat die Metastasen eines Chorionepithelioms in den Labien und in den Parametrien der **Mesothoriumbestrahlung** unterworfen. Erstere verschwanden danach sehr rasch, die letzteren veränderten sich nur wenig und die Patientin ging bald daran zugrunde. Krönig (15) bestrahlte Metastasen in den Lungen und wenn die Frau nicht kurz darauf an Gehirnblutung infolge Metastasen gestorben wäre, wäre sie jetzt seiner Ansicht nach vielleicht geheilt. Nach Krönig soll auch beim Chorionepitheliom die Strahlentherapie berufen sein, die Methode der Wahl zu werden.

Die Versuche von Lake (16), ein therapeutisches **Immunserum** gegen Chorionepitheliom herzustellen, haben bisher nicht zu Erfolgen geführt.

Sonstiges.

1. Bumke, E., Epitheliale Neubildung im rektogenitalen Zwischengewebe beim Weibe, ein Beitrag zur Pathologie des Gärtnerschen Ganges. Dissert. in. Berlin. Febr.
2. v. Ernst, R., Contribution à l'étude de la présence d'épithélium pavimenteux dans l'utérus. Gyn. Helvetica. 13. Jahrg. Herbstausgabe. 1913. (Genf, 357 Seiten). S. 313 bis 317. (Vier eigene Fälle. Das Vorhandensein wird nach einer der vier folgenden Theorien erklärt: 1. kongenitale Missbildung; 2. Metaplasie; 3. zufällige Implantation bei operativen Eingriffen und 4. Fortpflanzung durch übertriebenes Wachstum des Plattenepithels der Portio. Näheres im Kapitel „Anatomie und Entwicklungsgeschichte".)

2a. Find, A., Untersuchungen über die Bakterienflora pathologisch veränderter Genitalorgane. Veterinär-medizinische Dissertation in. Giessen.

3. Fitz Gibbon, G., Sections of a non-malignant adenoma of the uterus. Sect. of obst. of the Royal Acad. of Med. in Ireland. Sitzg. vom 30. Okt. Ref. The Brit. med. Journ. Nr. 2812. 21. Nov. S. 879. (Stammt von einer 28jährigen Frau, bei der der Tumor als Polyp aus dem Uterus hing. Daneben werden Schnitte eines Uterus mit malignem Adenom einer 60jährigen Frau gezeigt [cf. Kapitel „Karzinome", Nr. 83].)
4. Frankl, O., Über tumorartige Hyperplasien im Uterus. Geb.-gyn. Ges. in Wien. Sitzg. vom 10. Febr. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 79. S. 1034. (Zwei Fälle. Fall 1: In toto vergrösserter und verdickter Uterus; peripher eine retrahierte, rein muskulöse Zone von 1 cm Dicke. Abgrenzung der drüsenhaltigen und drüsenfreien Partien unscharf. Schleimhaut dick, hyperplastisch. Diagnose auf Adenomyosis gestellt. Fall 2: Lokalisierte Adenomyosis. Fall 3: Zirkumskriptes Adenomyom des Corpus.)

(Heimann.)

5. Grünbaum, D., Demonstration eines papillären Zystadenom, das den ganzen Uterus umwuchert hat. Nürnberger med. Ges. u. Poliklin. Sitzg. vom 9. Juli. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 50. S. 2384.
6. Meyer, J., Ein Lymphangiofibroendothelioma cysticum retroperitoneale. Dissert. in. Jena. April.
7. Piscitelli, M., Sekretion von Tumoren. Riform. med. Nr. 16. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 20. S. 1025. (Untersuchungen an 30 Tumoren verschiedener Art ergaben, dass sich die vermeintlichen Sekretionszellen leicht und häufig in Tumoren solcher Organe finden, die normalerweise eine Sekretion haben, seltener in Tumoren von Organen ohne Sekretion. Auf Grund der morphologischen Eigentümlichkeiten und des Verhaltens gegen Farbstoffe lässt sich eine Entscheidung nicht treffen.)
8. Röstel, H., Ein Fall von Mukosaadenomyositis uteri. Dissert. in. München. Sept.
9. Saint, C. F. M., A comparison of inflammation and tumour formation. The Brit. med. Journ. Nr. 2781. 18. April. S. 448—851.

XII.

Entwickelungsgeschichte und Anatomie der weiblichen Genitalien, einschliesslich der Plazentation.

Referenten: Prof. Dr. Robert Meyer, Berlin und Elisabeth Weishaupt, Berlin.

1. Adachi, S., Über das Vorkommen doppelt lichtbrechender Lipoide in menschlichen Ovarien und Uterus, nebst einer Bemerkung über Fettablagerung in denselben Organen. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 76. Heft 1. p. 125.
2. Aron, De l'indépendance qui existe entre le développement du placenta et celui de l'embryon. A propos d'un cas de grossesse ovarienne. Bibl. anat. Tome 24. Fasc. 3. p. 105.
3. Aschner, B., Über Morphologie und Funktion des Ovariums unter normalen und pathologischen Verhältnissen. Halle 1914. Habilitationsschr.
4. *— Über den Kampf der Teile im Ovarium. Arch. f. Entwicklungsmech. Bd. 40. Heft 4. p. 565—571.
5. Aunap, E., Über die Chondriosomen der Gonozyten bei Knochenfischen. Anat. Anz. Bd. 44. Nr. 19. 1913. Zentralbl. f. norm. Anat. Heft 7.
6. v. Baehr, W. B., Über die Bildung der Sexualzellen von Saccocirrus maior. Zool. Anz. Bd. 63. Nr. 1. S. 10.
7. Batini, E., Sulla rigenerazione della mucosa dell' utero dopo il parto. Pisa, tip. succ. fr. Nistri.
8. v. Berenberg-Gossler, W., Bemerkungen zu einem Referat von W. Felix über meine Arbeit: „Die Urgeschlechtszellen des Hühnerembryos am dritten und vierten Bebrütungstag" usw. Anat. Anz. Bd. 45. Nr. 10/11. p. 253.
9. *— Über Herkunft und Wesen der sogenannten primären Urgeschlechtszellen der Amnioten. Anat. Anz. Bd. 47. Nr. 9./10 p. 241.
10. Blaisdell, Frank E., Measurements on a Human Embryo 30 mm. Long. Journ. of anat. and phys. Vol. 48. Part. II. Jan. p. 18—210.
11. Branca, A., Sur la vésicule ombilicale du lapin. Compt. rend. Assoc. Anat. 1913. Zentralbl. f. norm. Anat. Heft 6.

12. Bromann, J., Über das Schicksal der Vasa vitellina bei den Säugetieren. Ergebn. d. Anat. u. Entw. Bd. 21. p. 99.
13. Buchner, P., Die Besamung der jugendlichen Oozyte und die Befruchtung bei Saccocirrus. Arch. f. Zellforschung. 12. Bd. 3. H.
14. Cattaneo, D., Ricerche sulla struttura dell' ovario dei mammiferi. Arch. Ital. di Anat. e die Embriol. Vol. 12. Fasc. 1.
15. — Osservazioni citologiche sugli elementi dell' ovario dei mammiferi. Bull. Soc. med.-chir. Pavia. Anno 26. 1913. Nr. 2. p. 93.
16. *Des Cilleuls, Recherches sur la signification physiologique de l'amitose. Arch. d'anat. micr. Tome 16. Heft 1. p. 132—148. 2 Taf. mit 7 Abb.
17. Coryllos, P., Corpuscules de Pacini dans la trompe utérine. Rev. de Gyn. 1913. Tome 27. Nr. 3. p. 257.
18. Dick, W., Die Injektion der Gebärmuttergefässe und ihre Technik. Journ. f. Geb. u. Gyn. 1913. p. 241. (Russisch.) Zentralbl. f. Gyn. Nr. 11. p. 418. (Genaue Technik der nach Krause injizierten 19 Uteri.)
19. Dieulafé et Aversеng, Aponévroses et espaces périvésicaux. Bibl. Anat. Tome 24. Zentralbl. f. norm. Anat. Heft 5. p. 141.
20. Donoghue, Ch. O., Über die Corpora lutea bei einigen Beuteltieren. Arch. f. mikr. Anat. Bd. 84. Heft 1. p. 1—47.
21. *Van Durme, M., Nouvelles recherches sur la vitellogenèse des oeufs d'oiseaux aux stades d'accroissement, de maturation, de fécondation et du début de la segmentation. Arch. de Biol. Tome 29. Zentralbl. f. norm. Anat. Heft 6.
22. Fernandez, Miquel, Zur Anordnung der Embryonen und Form der Plazenta bei Tatusia novemcincta. Anat. Anz. Bd. 46. Nr. 9/10. p. 253.
23. *Firket, J., Recherches sur l'organogenèse des glandes sexuelles chez les oiseaux. Arch. de Biol. Tome 29. Fasc. 2.
24. Fischel, A., Zur normalen Anatomie und Physiologie der weiblichen Geschlechtsorgane von Mus decumanus, sowie über die experimentelle Erzeugung von Hydro- und Pyosalpinx. Arch. f. Entwicklungsmech. d. Org. Bd. 39. Heft 4. p. 578. Anat. Anz. Nr. 9/10.
25. *Frank, R. T., An experimental study of the placenta under physiological and pathological conditions (ferments: „vital" staining). Surg., Gyn. and Obst. Nov. 1912. p. 558—571.
26. *Geipel, Ein Beitrag zum Vorkommen des decidualen Gewebes in den Lymphdrüsen. Gyn. Ges. Dresden. 18. Dez. 1913. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 14.
27. Gille, K., Untersuchungen über die Eireifung, Befruchtung und Zellteilung von Gyrodactylus elegans v. Nordmann. Arch. f. Zellforsch. Bd. 12. Heft 3.
28. Girode, Ch., Les Vaisseaux lymphatiques de la Vulve et du Vagin. L'obst. 1913. Tome 18. p. 205.
29. Greil, Alfred, Tafeln zum Vergleich der Entstehung der Wirbeltierembryonen. Jena, Fischer. 29. 379 Seiten.
30. *— Die Gastrulation der Amniotenkeime. Anat. Ges. 28. Vers. Innsbruck. p. 223.
31. *Grosser, O., Altersbestimmung junger menschlicher Embryonen; Ovulations- und Menstruationstermin. Anat. Anz. Bd. 47. Heft 9/10. p. 264.
32. *Hadden, M. D., Anatomy of the Female Pelvis and its Bearing on Procidentia. Amer. Journ. of Obst. Vol. 69. Heft 434. p. 316—322.
33. Halban, J., und R. Köhler, Die Beziehungen zwischen Corpus luteum und Menstruation. Wieden, Wien. Arch. f. Gyn. 103. Bd. 3. Heft p. 575—589.
34. Hegner, R., Studies on Germ cells. 3. The Origin of the Keimbahn-Determinants in a parasitic Hymenopteron, Copidosoma. Anat. Anz. Bd. 46. Nr. 3/4. Anat. Anz. Nr. 9/10.
35. *Heinricius, G., Über die Embryotrophe der Raubtiere (Hund, Katze, Fuchs) in morphologischer Hinsicht. Anat. Hefte. Abt. 1. Arb. a. anat. Inst. Heft 150. Bd. 50. Heft 1. p. 115—192.
36. *Henneberg, B., Beitrag zur Entwicklung der äusseren Genitalorgane beim Säuger. Teil 1. Anat. Hefte. 50. Bd. Heft 3. p. 425. Zentralbl. f. d. ges. Geb. u. Gyn. Heft 11.
37. *Hinselmann, Heinz, Über die Entstehung der Synzytiallakunen junger menschlicher Eier. Nach einem Vortrag auf dem 25. Gyn.-Kongr. in Halle. 1913. Mai. Anat. Bd. 50. Heft. 1. p. 95—115.

38. Hoehne, O., und K. Behne, Über die Lebensdauer homologer und heterologer Spermatozoen im weiblichen Genitalapparat und in der Bauchhöhle. Zentralbl. f. Gyn. Jahrg. 38. Nr. 1.
39. Jones, Fred., The Arris and Gale Lectures on the Morphology of the external Genitalia of the Mammals. Lancet. Vol. 1. Nr. 15. Vol. 1. Nr. 16.
40. Ishiwata, S., Sur la sexe de l'oeuf du ver à soie. Zool. Anz. Bd. 43. Nr. 1. p. 5.
41. Iwanow, Elie, Rapports entre l'ovulation et le rut chez les Brebis. Compt. rend. Soc. Biol. Tome 77. Nr. 21. p. 115.
42. *Keiffer, H., Existe-t-il une glande myométriale dans l'utérus humain? Zentralbl. f. d. ges. Geb. u. Gyn. Heft 7. p. 307.
43. Kervrann, Recherches anat. sur l'anastomose utéro-ovarienne. Ann. d'hyg. et de méd. coloniales. Tome 16. 1913. Nr. 4. p. 994. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Grenzgeb. Heft 9. p. 443.
44. Kingsbury, B. F., The Morphogenesis of the mammalian Ovary Felis domestica. Amer. Journ. of anat. Vol. 15. Nr. 3. p. 345.
45. *— The interstitial cells of the mammalian ovary: Felis domestica. Dep. of histol. a embryol. Cornell univ. Ithaca. Amer. Journ. of Anat. Vol. 16. Nr. 1. p. 59—95.
46. Kirkham, W. B., and H. S. Burr, The breeding Habits, Maturation of eggs and Ovulation of the Albino rat. Amer. Journ. of Anat. Vol. 15. Nr. 3. p. 291.
47. *Klaatsch, Hermann, Das Problem des menschlichen Hymen. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. Heft 3. p. 332—361.
48. *Krainz, Kuno, Über Reizwirkungen von Fremdkörpern auf die Uterusschleimhaut der Hündin. Arch. f. mikrosk. Anat. Abt. 1. 84. Heft 1. p. 122.
49. *Kramer, Anna, Das anatomische Verhalten der Uterusschleimhaut bei klimakterischen Blutungen. Inaug.-Diss. Strassburg.
50. Kühtz, Über die Spermio- und Oogenese der Sklerostomumarten des Pferdes unter besonderer Berücksichtigung der Heterochromosomenforschung. Arch. f. mikrosk. Anat. Bd. 83. Heft 3. 1913. Zentralbl. f. norm. Anat. Heft 8. p. 241.
51. Kulesch, J., Der Netzapparat von Golgi in den Zellen des Eierstockes. Zeitschr. f. mikr. Anat. Bd. 84. Heft 1. p. 1—20.
52. Kumlin, A., Über das Keimepithel der Haussäugetiere und dessen Übergang in das Peritoneal- und Tubenepithel. Inaug.-Diss. Leipzig 1913. Zentralbl. f. norm. Anat. Heft 4. p. 115.
53. Lundegarth, Zur Kenntnis der heterotypischen Kernteilung. Mit 1 Tafel. Arch. f. Zellforsch. 13. Bd. 1. H.
54. *Lams, H., Etude de l'oeuf de Cobaye aux premiers stades de l'embryogenèse. Arch. de Biol. Tome 28. Fasc. 2. p. 229—325. 1913.
55. *Lawrentjew, B., Zur Frage der Morphologie und Verteilung der Nervenendigungen in der weiblichen Urethra. Intern. Monatsschr. f. Anat. u. Physiol. Bd. 30. Heft 10/11.
56. Lazitch, Emile, Les villosités choriales humaines. Leurs formes, leurs modes de ramification. Bibliogr. anat. Tome 24. 1913. Fasc. 1. p. 37—52.
57. Leblanc, E., Le pli suspenseur péritonéal-génito-mésentérique chez la nouveau-née, (Plica génito-enterica) son rôle dans les positions paramédianes de l'utérus. Bibl. anat. Tome 24. Fasc. 3. p. 149.
58. Lécaillon, A., Sur les rapports qui existent entre les ovules définitifs et les cellules vitellogènes de l'ovaire des Collemboles. C. R. Assoc. Anat. 1913. Zentralbl. f. norm Anat. Heft 6.
59. — Sur les analogies de structure qui existent entre l'ovaire de certains insectes (les Collemboles) et celui de certains Crustacés entomostracés (les Chirocéphales). Compt. rend. Acad. Sc. Tome 158. Nr. 4. p. 280—282.
60. *Lehner, Über den feineren Bau und die Entwicklung des Dottersackes der weissen Maus. Anat. Ges. 28. Vers. Innsbruck. p. 183.
61. Lenk, H. J., Zur Anatomie und Histologie der Harnblase und der Pars pelvina der Harnröhre der Säugetiere. Inaug.-Dissert. Leipzig 1913. Zentralbl. f. norm. Anat. Heft 7.
62. *Linzenmeier, G., Ein junges menschliches Ei in situ. Arch. f. Gyn. 102. Heft 1.
63. Loyez, Mlle M., Histologie de l'ovaire chez la reine de la fourmi. C. R. Assoc. Anat. 1913. Zentralbl. f. norm. Anat. Heft 3. p. 81.
64. Lubosch, W., Über die Eireifung der Metazoen. Darstellung der Forschungen aus den Jahren 1902—1912 und Beurteilung ihrer Ergebnisse. Ergebn. d. Anat. u. Entw. Bd. 21. p. 244.

65. *Marcotty, A., Über das Corpus luteum menstruationis und das Corpus luteum graviditatis. Arch. f. Gyn. 103. Bd. 1. p. 63. (Literatur gut.)
66. Markus, H., Über die Struktur einer glatten Muskelzelle und ihre Veränderung bei der Kontraktion. Anat. Anz. Bd. 44. Nr. 11/12. 1913. Zentralbl. f. norm. Anat. Bd. 11. Heft 6.
66a. Meyer, A. W., Curves of Prenatal Growth and Autocatalysis. Arch f. Entwickelungsmech. d. Organismen. 40. Bd. 4. H. S. 497—525.
67. Meyer-Ruegg, Einiges über Befruchtung und Einbettung des menschlichen Eies. Korrespondenbl. f. Schweiz. Ärzte. Jahrg. 44. Nr. 9. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. u. Grenzgeb. Heft 11.
68. *Miller, J. W., Corpus luteum, Menstruation und Gravidität. Arch. f. Gyn. Bd. 101. Heft 3. p. 568—619.
69. Mobilio, C., La forma dell' imene degli equidi. Monit. Zool. Ital. Anno 25. Nr. 3. p. 53—73. Anat. Anz. Nr. 9/10.
70. Montorosso, Bruno, Ulteriori ricerche sulla granulosa del follicolo ovarico nei Mammiferi. (Cagna.) Arch. f. Zellforsch. Bd. 12. Heft 2. p. 195—219.
71. — Sulla struttura e la funzione delle cellule parietali della granulosa nel follicolo ovarico del maiale. Atti Acad. Gioania di Sc. nat. Catania. Anno 84. 1912. Mem. 82a. p. 14.
72. Oppel, A., Leitfaden für das embryologische Praktikum und Grundriss der Entwicklungslehre des Menschen und der Wirbeltiere. Mit 323 Abbildungen im Text in 484 Einzeldarstellungen. Jena, G. Fischer.
73. Pampel, W., Die weiblichen Geschlechtsorgane der Ichneumoniden. Zeitschr. f. wiss. Zool. Bd. 108. Heft 2. S. 290.
74. Pawlow, V., Über einige Bildungen in den jungen Froscheiern. Trav. Soc. Imp. Natural. St. Petersburg. Bd. 44. L. 1. 1913. Zentralbl. f. norm. Anat. Heft 7.
75. Pehrson, T., Beiträge zur Kenntnis der äusseren Genitalien bei Affen, Halbaffen und Insektivoren. Anat. Anz. Bd. 46. Nr. 7/8. p. 161.
76. *Péterfi, Tib., Die Muskulatur der menschlichen Harnblase. Anat. Hefte. 1. Abt. Arb. a. d. anat. Inst. Heft 152.
77. *— Beiträge zur Histologie des Amnions und zur Entstehung der fibrillären Strukturen. Anat. Anz. Bd. 45. Nr. 7. p. 161.
78. *Posner, C., Harnleiter Neugeborener. Arch. f. klin. Chir. 106. Heft 2.
79. *Regaud, Cl., et Lacassagne, A., Les follicules anovulaires de l'ovaire chez la lapine adulte. Compt. rend. Assoc. Anat. 1913.
80. *Retterer, Ed., et Jean Gattellier, De la musculature de l'appareil uro-génital dans l'espèce humaine. Compt. rend. hebd. des séanc. de la soc. d. biol. Tome 77. Nr. 23. p. 204—207.
81. — et Neuville, Du pénis et du clitoris des crocodiles et des tortues. C. R. Soc. Biol. Paris. Tome 76. Zentralbl. f. norm. Anat. Heft 5.
82. — Du glands des Félins. C. R. Soc. Biol. Paris 1913. Zentralbl. f. norm. Anat. Heft 3. p. 81.
83. Retzius, Über die früheren Stadien der Entwicklung der Eier bei Ascaris megalocephala, mit besonderer Rücksicht auf die Protoplasmastruktur. Biol. Untersuch. N. F. 18. p. 19—29.
84. Sachs, Walter, Die Funktionsphasen der Gebärmutterschleimhaut des geschlechtsreifen Weibes im mikroskopischen Bild. Diss. Breslau.
85. Schiller, Ignaz, Über somatische Induktionen auf die Keimdrüsen bei den Säugetieren. Arch. f. Entwicklungsmech. d. Org. Bd. 28. Heft 1. p. 136.
86. *Schröder, R., Über das Verhalten der Uterusschleimhaut um die Zeit der Menstruation. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 3.
87. Sessel, G., Dotterkern in den Oozyten von Rana esculenta. Nachr. Univ. Warschau. Bd. 4. Zentralbl. f. norm. Anat. Heft 8. p. 244.
88. Seiler, Das Verhalten der Geschlechtschromosome bei Lepidopteren. Nebst einem Beitrag zur Kenntnis der Eireifung und Befruchtung. Arch. f. Zellforsch. 13. Bd. 1. H.
89. *Strahl, Über frühe Stadien der Fruchtblase des Menschen und solche von Mycetes. Anat. Ges. 28. Vers. Innsbruck. p. 89. (Ausführliche Publikation folgt.)
90. *Sternberg, H., Zur Frage des Isthmus uteri. Beitr. z. Geb. u. Gyn. Bd. 19. Heft 1. p. 342.
91. Swift, Charles, Origin and early History of the Primordial Germ Cells in the Chick. Amer. Journ. of Anat. Vol. 15. Nr. 4. p. 483—510.

92. Tandler, J., Entwicklungsgeschichte und Anatomie der weiblichen Genitalien. Wiesbaden 1913. p. 351.
93. Timofeew, A., Über die Entwicklung des Corpus luteum im menschlichen Ovarium. Diss. Kasan 1913. Zentralbl. f. norm. Anat. Heft 7.
94. *La Torre, Felice, Über die intimen Beziehungen des Peritoneums zum Muskelgewebe des Uterus. Gyn. Rundschau. 1913. Heft 20. p. 733—738.
95. Torsten Pehrson, Beiträge zur Kenntnis der äusseren weiblichen Genitalien bei Affen, Halbaffen und Insektivoren. Anat. Anz. Nr. 7/8. Bd. 46. p. 11.
96. Triepel, H., Altersbestimmung bei menschlichen Embryonen. Anat. Anz. Bd. 46. Nr. 15/16. p. 385.
97. Tsukaguchi, R., Über die feinere Struktur des Ovarialeies von Aurelis aurita L. Arch. f. mikrosk. Anat. Bd. 85. Abt. 2. Heft 2. p. 114. Anat. Anz. Nr. 9/10.
98. Truzzi, Ettore, Di alcune particularita istologische riguardanti la struttura delle cosidette caruncola dell' uretra femminale. Atti R. Istit. Veneto Sc. Lett. ed Arti. Tome 71. 1912. Disp. 10. Parte 22. p. 1639.
99. *Valtorta, Francesco, Ricerche sulla regione ileo-cieco-appendicolare del feto e del neonato. Ann. di ostetr. e ginecol. Jahrg. 36. Nr. 5. p. 441—490.
100. Verhein, Adolf, Die Eibildung der Musciden. Vorl. Mitt. Sitzungsber. u. Abhandl. d. naturforsch. Ges. Rostock. N. F. Bd. 5. 1913. p. 329—340.
101. *Villandre, Plexus hypogastrique et son ganglion chez l'embryon humain avant la fin du troisième mois. Annales de gyn. et d'obst. 41. Jahrg. 2. Ser. Bd. 11. p. 107 bis 114. Févr.
102. Vogt, E., Röntgenuntersuchungen über die Arterien der normalen Plazenta. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. 21. Heft 1. p. 31.
103. *Wallart, Studien über die Nerven des Eierstocks mit besonderer Berücksichtigung der interstitiellen Drüse. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 76. Heft 2. p. 321—369.
104. *— Über Frühstadien und Abortivformen der Corpus luteum-Bildung (Basel). Arch. f. Gyn. Bd. 103. Heft 3. p. 544—561.
105. Wallin, Ivan, A human Embryo of thirteen Somites. Amer. Journ. of Anat. Vol. 15. Nr. 3. p. 319.
106. Watson, B. P., Primäre maligne Tumoren der weiblichen Urethra. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women. May. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 37.
107. *Wichmann, S. E., Über das Epithel der Anhangsgebilde des Lig. lat. Arch. f. Gyn. 102. p. 70.
108. Witschi, E., Experimentelle Untersuchungen über die Entwicklungsgeschichte der Keimdrüsen von Rana temporaria. Arch. f. mikr. Anat. Bd. 85. Abt. 2. Heft 2. p. 9 bis 113. Anat. Anz. Nr. 9/10.
109. Wood-Jones, F., Some Phases in the Reproductive History of the Female Mole. (Talpa europaea.) Proc. Zool. Soc. London. Part. 1. Zentralbl. f. norm. Anat. Heft 5.

A. Entwickelungsgeschichte.

Das viszerale Blatt des Dottersackes von Maus und Ratte, der nach Lehner (60) eine weitgehende Differenzierung aufweist, besteht anfänglich aus einer einfachen Lage kubischer Epithelzellen, die dem Eizylinder anliegen. Am 7. Tage wird das Epithel gegen den Umschlagsrand in das parietale Blatt hochzylindrisch und bekleidet hier Falten oder Blätter, die gegenüber dem Plazentarrand am höchsten sind. An den Epithelzellen sind drei Zonen zu unterscheiden, eine schmale oberflächliche, die reichlich oxiphyle, hämoglobinhaltige Körnchen enthält, eine mittlere helle, vakuolisierte und eine basale dunklere, die den Kern beherbergt. Durch die konvexe Oberfläche und durch zwischenzellige Gänge ist die resorbierende Zelloberfläche vergrössert. Der protoplasmareiche basale Abschnitt der Zellen zeigt eine streifige Struktur.

Fett kommt in den basalen Zellabschnitten und zwar hauptsächlich intranukleär in feinsten Tröpfchen vor. Das Fett wird wie das der Plazenta als Resorptionsfett aufgefasst. Die Grenzmembran gegen das parietale Blatt ist zunächst ein strukturloses Häutchen, dessen innere Lamelle sich im Laufe der Entwickelung verdickt.

In der zweiten Hälfte der Schwangerschaft ziehen Gänge vom Dottersack in das Innere der Plazenta hinein. Die Nährstoffe scheinen die intraplazentaren Dottersackgänge rasch zu passieren und erst im extraplazentaren Teil zur Resorption zu gelangen. Das Dottersackepithel vermehrt sich zunächst auf mitotischem, später auf amitotischem Wege. (E. Weishaupt.)

Greil (30) bringt zum Verständnis der Gastrulation der Amniotenkeime, d. h. der Entstehung des Urdarmes, die Furchungserscheinungen bei den primär holoplastischen Anamnierkeimen und den meroblastischen Keimen in eine Parallele. Der grosszelligen Cöloblastula der ersteren entspricht das Keimsynzytium der Meroblastier, wobei die zentralen Elemente den Mikromeren, die peripheren Elemente den Makromeren einer Cöloblastula homolog sind. In einer zweiten Phase sondert sich bei den Meroblastiern zunächst zentral und dann peripherwärts fortschreitend eine freie Germinalschicht von einem subgerminalen Synzytium; dieses subgerminale Synzytium hat nicht den Vollwert der Germinalschichte und des peripheren Kranzes des Keimsynzytiumrestes. Eine dritte Sonderung vollzieht sich durch eine lebhafte Vermehrung der oberflächlich zentralen Zellen der Germinalschichte, zu denen Abfurchungen vom subgerminalen Synzytium und von der Peripherie her hinzutreten. Diejenigen Zellen, welche den Urdarm bilden, liegen auch bei den Meroblastiern an der Oberfläche, in der Germinalschichte und bilden ein geschlossenes Kontinuum. Weder der Subgerminalschichte noch dem subgerminalen Synzytium soll der Rang des inneren Keimblattes zukommen; ebensowenig kann nach Greil die Germinalschichte als Ektoderm bezeichnet werden, sondern sie enthält die nur graduell verschiedenen Stammzellen aller Keimblätter.

Die Keimscheibe wächst in ihrer weiteren Entwickelung über den peripheren Keimsynzytiumrest hinaus; sie bildet mit dieser Ringzone die bei den Sauropsiden sehr zellreiche Area opaca, die allmählich in das Synzytium eindringt und den Dotterinhalt verarbeitet, während von dem zentralen Teil der Germinalschichte, von der Primitivplatte, Zellmaterial, in markanten Fällen unter der typischen Erscheinung einer Invagination der Gesamtschicht, nach vorn wächst und den Urdarmkanal bildet. Am Grunde des Urdarmsäckchens erfolgt der Übergang in den entodermalen Urdarmfundus, welcher der Subgerminalschichte aufliegt. Das nach beiden Seiten und nach hinten abfliessende Zellmaterial wird zum prostomalen Mesoderm. Durch das raschere Wachstum der dorsalen Wandung wird der entodermale Urdarmboden früher oder später dehiszent, zugleich mit ihm derjenige Abschnitt der Subgerminalschichte, auf welchem der Urdarm in dichter Anlagerung vorgewachsen ist. Bei den meisten Spezies entsteht der gesamte Urdarm als solider Strang. Sowohl am vorderen wie am hinteren Ende des invaginierten Urdarmes kommt es zu einem Durchbruch des Urdarmbodens und der Subgerminalschichte, der aber nicht als Urmund oder gar als Canalis neurentericus bezeichnet werden soll.

Die Subgerminalschichte, der von Keibel die grösste Wichtigkeit für die Entwickelung des Urdarms zugeschrieben wird, kann nach Greil bei gewissen Amnioten winzigen Teilen des Entoderms des Amphioxus und der holoblastischen Anamnier entsprechen, aber niemals den phyletischen Rang des Entoderms besitzen. An dem stammesgeschichtlichen Werdegange sollen aber die Phänomene der Gastrulation kontrolliert und erkannt werden. (E. Weishaupt.)

An Hühnerembryonen fand Peterfi (77) zwei Zellformen, von denen er die grösseren mit kleinem stark färbbaren Kern für ein älteres Stadium hält. In den jüngeren Epithelzellen ist der Zelleib kleiner, kompakter, der Kern gross oval, mit zahlreichen Chromiolen und einigen Nukleolen; in diesen Zellen erscheinen dann Vakuolen, welche den Kern zur Seite drängen, und um die Vakuolen erscheinen Fibrillen; durch Wachstum und Ineinanderfliessen der Vakuolen werden die Fibrillen miteinander vereinigt zu stärkeren längeren Fibrillen, die mit den Zellgrenzen (Zellmembran) zusammenhängen.

(R. Meyer.)

H. Lams (54) stellt in den Mittelpunkt seiner Untersuchungen die Kern- und Plasmaveränderungen des Meerschweincheneies vom Ende des Wachstumsstadiums der Eizelle bis zur Bildung der ersten 12 Blastomeren.

Bei der ersten Reifebildung spalten sich die Chromatinfäden wahrscheinlich in der Längsrichtung, bei der zweiten wahrscheinlich transversal. Das zweite Polkörperchen, das erst nach der Befruchtung ausgestossen wird, enthält ausser dem halben Eichromatin etwas Dottersubstanz. Bis zur zweiten Blastomere erhält sich in der einen der Spermatozoenschwanz intakt, so dass die erste und die zweite Blastomere wohl gleiche Kernsubstanz, aber verschieden geartetes Protoplasma besitzen. Der Schwanz des Spermatozoon teilt sich in der Längsrichtung; der männliche Pronokleus ist grösser als der weibliche.

Das Meerschweinchenei ist dotterreich, polar. Die Dottersubstanz besteht 1. aus den Mitochondrien, 2. aus runden Körnchen, 3. aus Fettkügelchen.

In dem unbefruchteten Ei tritt, als Zeichen der Degeneration, eine anormale Polarität, im befruchteten Ei eine Umkehrung der Polarität auf.

Eine Deutoplasmolyse findet nach Beendigung des Eiwachstums statt. Die grösseren deutoplasmareicheren Eier sollen nach Russo beim Kaninchen vorwiegend weibliche Embryonen hervorbringen. Durch Lezithininjektionen konnte Russo Anreicherung von Deutoplasma und zugleich einen grösseren Prozentsatz von Weibchen hervorrufen. (E. Weishaupt.)

v. Berenberg-Gossler (9) hat Embryonen von Reptilien und Vögeln untersucht und kommt zu dem Schlusse, dass man von einer Keimbahn bei ihnen nicht reden kann. Das, was man bisher als Urgeschlechtszellen und primäre Genitalzellen angesehen habe, seien Mesoblastzellen, welche in verhältnismässig später Zeit aus dem Entoblast hervorgehen. Auch die von Rubaschkin bei Säugern und von Fuss beim Menschen beschriebenen Wanderzellen seien wahrscheinlich solche Mesoblastzellen des Entoderms und keine Urgeschlechtszellen. (R. Meyer.)

Morphologisch betrachtet Firket (23) die primären Gonozyten der Vertebraten als phylogenetische Erinnerung an die definitiven Gonozyten der niederen Klassen (besonders der Zyklostomen und der Akranier).

Bei den Vögeln sind sie unabhängig von den sie umgebenden somatischen Zellen; sie besitzen eine Art amöboider Bewegung; es ist nicht unmöglich, dass einzelne in der Rindenzone des Ovariums zur Reife gelangen.

Am Rete unterscheidet Firket einen kompakten und einen aus Strängen zusammengesetzten Teil. Er zählte 16 solcher Stränge in Verbindung mit ebensoviel Urnierenglomeruli, sah aber niemals eine Verlängerung der Glomerulushöhle in einen Retestrang.

Firket ist der Meinung, dass sich das Rete bei den Vögeln (Gallus domestius) durch Gewebsverdichtung aus dem subepithelialen Mesenchym herausdifferenziert und dass die Verbindung mit den Urnierenglomeruli eine sekundäre ist. (E. Weishaupt.)

Strahl (89) untersuchte fünf junge Fruchtblasen von Myzetes, deren Alter er als der zweiten bis dritten menschlichen Graviditätswoche entsprechend einschätzt; er fand weitgehende Unterschiede im Bau der Plazenta und des Embryonalschildes gegenüber menschlichen Embryonen, so dass er eine Unterscheidung auch bereits in diesen frühen Stadien allein nach Schnitten für möglich hält. Verschieden ist die erste Differenzierung von Markamnionhöhle und Nabelblase, der Aufbau des Chorion und dessen Beziehungen zur Uteruswand, ebenso wie die der Eiansiedelung voraufgehenden Umwandlungen des Fruchthalters. Als Regel betrachtet Strahl bei Myzetes das Auftreten der einem besonderen Unterbau der Plazenta gleichenden Verdickung der plazentarfreien Fläche der Uteruswand, die sich bis in späte Entwickelungsstadien hinein erhält, aber physiologisch bisher unerklärt ist; er nennt dieses Gebilde Plazentoid. Zwei Embryonen zeigten eine auffallend dorsal konkave Krümmung; die ventrale, entodermale

Seite war bei beiden stark in die obere Öffnung der Nabelblase eingebuchtet. Nach Strahl kann vielleicht die Behandlung des Präparats für den Grad der Krümmung, keinesfalls aber für diese selbst verantwortlich gemacht werden. Wahrscheinlich ist die Biegung bedingt durch ein zeitweilig rascheres Wachstum des Embryonalkörpers gegenüber dem der Hüllen. Eine annähernd gleich starke Rückenkrümmung kommt seiner Anschauung nach bei menschlichen Embryonen desselben Entwickelungsstadiums nicht vor. (E. Weishaupt.)

An menschlichen Embryonen von 25—30 mm Länge fand Villandre (101) den Plexus hypogastricus zusammengesetzt 1. aus zahlreichen Nervenbündeln, die dem Verlauf des Plexus lumbo-aorticus folgen, 2. aus einem Ganglion, das sagittal gerichtet, an der Aussenseite des Rektum, der Genitalien und der Blase gelegen ist, 3. aus Anastomosen mit dem Plexus sacralis und 4. aus Ästen, die das Rektum, die Genitalien und die Blase versorgen.

Die Nervenbündel des kranialen Teiles verlaufen dorsal von der Radix mesenterii und von der Arteria mesenterica inferior; von der Aorta sind sie durch eine dünne Bindegewebsschicht getrennt, lateral werden sie von den Ureteren flankiert. Kaudal von der Bifurkation der Aorta liegt der dicke Nervenstrang zwischen den Umbilikalarterien; dorsal zwischen ihm und dem Os sacrum die Vena iliaca primitiva und lockeres Bindegewebe, so dass er von der Arteria sacralis media völlig getrennt ist. Weiter kaudal umschliesst das Nervenbündel beiderseits den Mesenterialansatz und die prärektale Peritonealtasche. Auch hier ist der Nerv völlig von der Arteria sacralis media getrennt, während die Arteria haemorrhoidalis sup. in direktem Kontakt mit ihm steht.

Das hypogastrische Ganglion erstreckt sich kranial bis zur Nabelarterie, kaudalwärts bis zum Beckenboden. In dem lockeren Bindegewebe seiner Umgebung verlaufen lateral Rekto-Urogenitaläste der Umbilikalarterie und noch weiter lateralwärts die Beckenvenen. (E. Weishaupt.)

Valtorta (99) untersuchte 128 Feten vom 6. Monat bis zum Ende der Schwangerschaft und 56 jüngere Embryonen; er fand weder lymphatische oder Blutgefässverbindungen zwischen Ovarium und Wurmfortsatz, noch ein Ligamentum appendico-ovaricum. (E. Weishaupt.)

Klaatsch (47) untersuchte an dem Embryonenmaterial der Breslauer Klinik die Stadien der Hymenbildung in kontinuierlicher Folge. Bei Embryonen von 15 cm existiert noch kein Hymen, doch lässt sich auf diesem Stadium diejenige Partie des Sinus urogenitalis bestimmen, die später zur distalen Fläche des Hymen wird. Sie ist scheibenförmig begrenzt, liegt suburethral und trägt die Mündungsstelle der Müllerschen Gänge. Die Hymenalscheibe hat zu dieser Zeit entweder nahezu plane Aussenfläche oder sie wölbt sich mit leichter Rundung gegen das Lumen der Pars pelvina vestibuli vor. Die Ausbildung eines Lumens im Vaginalstrang beginnt proximal und setzt sich distalwärts fort. Durch die Aushöhlung der retrohymenalen Partie, der gewöhnlich stark aufgetriebenen Ampulla vaginae, erhält der Hymen seine proximale oder vaginale Fläche.

Dadurch, dass die Pars phallica des Vestibulum im Wachstum zurückbleibt, gelangt die Vestibulovaginalgrenze und damit die Hymenalfalte an die Oberfläche. Durch die Vergrösserung der Vagina dehnt sich auch die Hymenalfalte bedeutend aus und erhält die Gestalt einer klappenartigen, trichterförmigen Membran, deren seitliche Partien sich den kleinen Labien anlegen. Der Hymen gewinnt dabei an Rigidität und stellt beim Neugeborenen ein recht derbes Gebilde dar, das gegen das Vestibulum glatt, gegen die Vagina hin bindegewebige Ausläufer zwischen das blasige Epithel entsendet.

Die relative Häufigkeit des Hymen duplex ist nach Klaatsch als atavistische Bildung aufzufassen, die an den Urzustand der Mammalier anknüpft: sie hängt mit der getrennten Ausmündung der Müllerschen Gänge zusammen, ebenso wie die Ausbildung eines dorsalen und eines ventralen Längswulstes der Vagina auf die Reste einer Scheidewandbildung zurückzuführen sein soll. —

Der dorsale Hymenteil, der die Beschaffenheit einer Klappe in besonderem Masse erlangt, zeigt meist eine kielartige, mediane Verstärkung, die mit einer Columna posterior der Vagina in Zusammenhang steht. Auch ventral ragt manchmal ein Vorsprung in das Lumen der Hymenalöffnung hinein. — Ebenso wie der Hymen, so weisen die Labia minora und majora und das Perineum beim Neugeborenen grosse individuelle Verschiedenheiten auf.

Klaatsch findet durch seine Untersuchungen die Erkenntnisse über die Entwickelung des Hymen bestätigt, wie sie schon durch Mihalkovics angebahnt und vor allem durch Robert Meyer gefördert wurden und wendet sich gegen Dohrn und Taussig, die den Hymen weiter proximal suchen, ebenso gegen Bolk, der ihn als eine weiter distal im Bereich des Sinus urogenitalis entstehende sekundäre Faltenbildung erklärt. (E. Weishaupt.)

Henneberg (36) fasst seine Untersuchungen zusammen wie folgt:

Die 1. erste Anlage der Kloakenmembran ist bei jungen Embryonen (mit 0 bis ca. 10 Urwirbeln) verschiedener Säuger und des Menschen an der Dorsalseite am hinteren Ende des Primitivstreifens gefunden worden, indem sich dort Ekto- und Entoderm, die hier oft verdickt sind, an einer kleinen Stelle berühren.

2. Diese Ekto-Entodermverbindung gelangt infolge von Wachstumsvorgängen bald an die Ventralseite des Embryos.

3. Die Kloake bildet sich durch Erweiterung des Endabschnittes des Darmes.

4. Der Schwanzdarm bildet sich durch Auswachsen des blinden Endes der Kloake. Dabei wächst die Ekto-Entodermverbindung mit in die Länge, so daß in der ersten Zeit der Schwanzdarm durch diese median-ventral mit dem Ektoderm in Verbindung steht.

5. Bei diesem Vorgang kommt, wie sich bei der Ratte beobachten lässt, der älteste zuerst angelegte Teil der Ekto-Entodermverbindung an das Ende des Schwanzdarmes zu liegen.

6. Die Ekto-Entodermverbindung gewinnt, abgesehen vom Eigenwachstum, zuerst durch Schwinden des Mesoderms kranialwärts an Ausdehnung, so dass sie zu einer gewissen Zeit als schmaler medianer Streifen vom Nabelstrang bis zur Schwanzspitze reicht, wird dann aber vom Schwanz her durch Auftreten von Mesoderm, das sich zwischen Ekto- und Entoderm einschiebt, verkürzt. Hierbei schwindet bei der Ratte die Ekto-Entodermverbindung des Schwanzdarmes zuletzt am Schwanzdarmende. Dieser zuerst entstandene Teil der Ekto-Entodermverbindung wird also nicht zur Kloakenmembran. Der übrigbleibende kraniale Teil der Ekto-Entodermverbindung stellt die Kloakenmembran vor.

7. Durch Wucherung des Mesoderms seitlich von der Ekto-Entodermverbindung entsteht seitlich von dieser je ein Längswulst. Hierdurch kommt dieselbe in eine Längsrinne — die Medianrinne —zu liegen.

8. Die ersten Rückbildungserscheinungen am Schwanzdarm bestehen in einer Verengerung des Lumens seines auf die Kloake folgenden Abschnittes. Dann schwindet zuerst dieser Abschnitt und schliesslich der ganze Schwanzdarm.

9. Bei der Ratte entsteht der Sinus urogenitalis als ein ventral vom Darm ausgehender Fortsatz der Kloake.

10. Es erweist sich als zweckmässig, die Bezeichnungen Kloakenmembran und Kloakenplatte, die bisher öfter in verschiedenem Sinne gebraucht wurden, als feste Termini für zwei ganz bestimmte unter sich verschiedene Bildungen zu gebrauchen.

11. Die Kloakenmembran ist ein Abschnitt der Kloakenwand und stellt eine schmale, in der Leibesoberfläche zwischen Nabel und Schwanzwurzel gelegene epitheliale Membran vor, die in der Flächenansicht zuerst lanzettförmig, später streifenförmig erscheint. Sie besteht aus dem Ektoderm des Integuments und dem Darmentoderm. Beide Blätter lassen sich bei der Ratte stets gegeneinander abgrenzen, so dass es also nicht zu einer Vermischung ekto-entodermaler Elemente

kommt. Letzteres scheint auch für den Menschen zu gelten. In der Kloakenmembran finden sich Glykogentröpfchen.

12. Zwischen Nabel und Schwanzwurzel tritt ein Höcker auf, der in der Literatur verschiedene Namen führt. Wir nennen ihn mit dem alten Namen Kloakenhöcker oder, da aus ihm die äusseren Genitalien und das Perineum hervorgehen, Genitoperinealhöcker.

13. Der Kloakenhöcker entsteht von vornherein als eine unpaare einheitliche Bildung durch Wucherung des seitlich von der Kloake gelegenen Mesoderms, wobei der ventrale schmale Abschnitt der Kloake mitgehend in den Höcker zu liegen kommt.

14. Die Kloakenmembran wandelt sich in die Kloakenplatte um. Dies geschieht in der Weise, dass sich die einander gegenüber liegenden Epithelwände des ventralen schmalen Abschnitts der Kloake von der Kloakenmembran her beginnend auf eine Strecke hin gegeneinander legen und sich miteinander vereinigen.

15. Die Kloakenplatte stellt eine sagittal stehende Epithelplatte vor, die in ihrem an der Leibesoberfläche liegenden Abschnitt aus der ehemaligen, jetzt schmalen Kloakenmembran besteht, in dem daran anschliessenden tieferen aus den vereinigten Wänden der Kloake. Sie besteht also aus dem Oberflächenektoderm — das wie auch sonst von dem einschichtigen Periderm und dem einschichtigen Stratum germinativum gebildet wird — und im übrigen ganz aus Entoderm. (R. Meyer.)

B. Plazentation, Gravidität, Puerperium.

Heinricius (35), der seine frühere Anschauung von der Herkunft des Synzytiums aus dem veränderten Bindegewebe der mütterlichen Schleimhaut zugunsten des fötalen Ursprungs aufgegeben hat, unterscheidet zwischen einem aktiven, fötalen Synzytium bezw. Plasmodium einerseits und dem Symplasma maternum oder fötale andererseits. Dieses letztere besteht aus Zellen der Plazenta in Vorstufen des Zerfalls und dient dem Fötus als Nahrung.

Das Chorionektoderm löst das Epithel an der maternen Schleimhaut auf; Villi drängen in das oberflächliche Bindegewebslager und zerstören die Zellen der Krypten und Drüsenröhren. Es entsteht eine Detritusmasse aus zerfallenen maternen Zellen und aus Blutungen, in der die fötalen Villi unverändert erhalten bleiben und immer mehr nach unten drängen, bis sie die zystisch erweiterten Teile der Drüsenkammern erreichen. In der Tiefe bilden fötale Elemente und materne Lamellen ein Labyrinth, in welchem die Blutgefässe der Mutter und des Fötus dicht beieinander liegen, getrennt nur durch das Chorionepithel und das Endothel der Gefässe, so dass Osmose und Gasaustausch zwischen dem fötalen und dem maternen Blute leicht von statten gehen.

Sobald Villi die grossen Drüsenkammern erreicht haben, nehmen sie in denselben gebildete Embryotrophe auf, welche teils durch Sekretion, teils durch Zerfall der Drüsenzellen erzeugt werden. Auch das gelöste Bindegewebe, das Fett und in gewisser Beschränkung die Leukozyten beteiligen sich an ihrer Bildung. Die Leukozyten scheinen, bei den Raubtieren wenigstens, nach Heinricius nur als zerfallene Zellen, als Nährmaterial in Frage zu kommen.

Ektodermzellen nehmen Erythrozytenbestandteile direkt in Form von ovalen und runden Schollen und feinen gelblichen, grünlichen oder bräunlichen Körnchen auf.

Die Bildung der Embryotrophe beschränkt sich bei der Hündin, Füchsin, Katze nicht auf die eigentliche Plazenta, sondern geht auch in dem ihr zunächst gelegenen Teile der Schleimhaut, der von Chorionepithel nur bekleidet ist, vor sich.

Das Blut zerfällt und liefert das für den Aufbau des fötalen Gewebes notwendige Eisen. (E. Weishaupt.)

Fermente, Amylase, Lipase zeigten nach Frank (25) bei fortschreitender Gravidität weder Zu- noch Abnahme in Plazenta und mütterlichem Blut.

Änderungen der Plazenta, die durch vitale Färbung (Trypanblau) dargestellt werden können, hängen von der Zufuhr mütterlichen Blutes ab. Die fötalen Membranen sind für gewisse Substanzen besser durchgängig als die Plazenta. — Die Experimente sprechen dafür, dass die Plazenta mehr ein passives Austauschorgan als ein aktiv metabolisches Organ darstellt. (E. Weishaupt.)

Geipel (26) fand deciduale Wucherungen im Douglas und Netz (ohne Adhäsionen), hirsekorngrosse Knötchen mit kolossalen Zellen, vielkernig und vakuolisiert (Riesenzellen) auch am Peritoneum der vorderen Beckenwand, am Wurmfortsatz, der mit dem Peritoneum am Psoas verwachsen war; und in fünf Beckenlymphknoten; die decidualen Wucherungen füllen die Randsinus teilweise oder völlig aus, dringen zwischen den Follikeln markwärts vor, diese verdrängend; man findet Reste von Lymphfollikeln in den decidualen Wucherungen, um die letzteren Lymphspalten. Die Fibrillen sind reichlich vermehrt. Einzelne Wucherungen sind enorm gross, makroskopisch sichtbar. Die kleineren beschränken sich auf das Sinusgebiet unter Schonung der Follikelgrenze. In einem zweiten Falle (Placenta praevia) fand er „beginnende“ Deciduabildung, lebhaft entwickelte Fibrillen in einer einzigen Drüse.

In der Diskussion zu Geipels Vortrag erklärt Albert die Bildungen für deportierte synzytiale Zellen; die Ähnlichkeit mit Deciduazellen sei gering, die Zellen seien anders angeordnet, das Protoplasma färbe sich ganz anders. Kehrer hält die Metastasierung von der uterinen Decidua (!) her nicht für möglich; die Umwandlung aus fixen Bindegewebszellen sei Schritt für Schritt nachweisbar, rein durch Hormone bewirkt (Löb). Die Verteilung von der Rinde her erkläre sich wohl durch die Blutgefässversorgung. Nötige Vorbedingung scheine Verwundung oder Entzündung zu sein. Er stellt die Frage auf, ob nur die dem Peritoneum zugewendete Seite der Beckendrüsen sich decidual verändere.

Nach Schmorl kommen Riesenzellen bei Extrauteringravidität im Uterus vor, sonst werden deciduale Riesenzellen nur auf dem Netze beobachtet. Im Ligamentum latum oder rotundum, auf normalen Tuben kommt Decidua nicht vor, nur auf verwachsenen Tuben.

Lahm fand Decidua in zytogenem Gewebe um Epithelschläuche (im 3. Monat der Gravidität) in tieferen Schichten des Peritoneums. (R. Meyer.)

Keiffer (42) macht seine Untersuchungen im Anschluss an Ancel und Bouin (Meerschweinchen) beim Weibe. Er entnahm bei 7 Kaiserschnitten schmale Streifen aus dem Uterus, in denen er Modifikationen der glatten Muskelfasern ähnlich wie bei trächtigen Meerschweinchen zur gleichen Schwangerschaftsperiode fand. Der Rückbildungsprozess besteht in Zytolyse. (Der Befund ist identisch mit den altbekannten Einwucherungen chorialer Epithelzellen.
(R. Meyer.)

C. Brunst, Menstruation.

Des Cilleuls (16) Beobachtungen an erstmalig brünstigen Kaninchen nach einem Koitus ohne Befruchtung haben ergeben, dass von 43 Stunden bis zum 7. Tage nach dem Koitus zahlreiche Mitosen im Oberflächenepithel des Uterus auftreten, dass sich vom 7.—14. Tage die Kerne amitotisch teilen, ohne dass die Teilung des Zytoplasma darauf folgt, so dass das Stroma von einer fortlaufenden Epithellamelle ohne Zellgrenzen bekleidet ist. Vom 15.—25. Tage degeneriert ein grosser Teil der Kerne, ein Teil des synzytialen Protoplasmas wird nekrobiotisch und das Epithel erscheint wieder in der Struktur der geschlechtsruhigen Phase.

Dieser zyklische Vorgang wird jedesmal durch das Erscheinen neuer Corpora lutea im Ovarium hervorgerufen. Die amitotischen Kernteilungen können mehr-

fach im Jahre während der ganzen Dauer der Geschlechtsreife des Tieres auftreten, ohne dass dadurch die Entwickelung der Zelle oder die spätere Karyokinese beeinträchtigt wird. Aus diesen Tatsachen soll keine regeneratorische Fähigkeit der Amitose gefolgert werden, sie gestatten indessen nach der Meinung des Verf. den Schluss, dass die direkte Kernteilung nicht notwendigerweise eine Alterserscheinung der Zelle vorstellt. (E. Weishaupt.)

Nach Schröders (86) Untersuchungen treten kurz vor der menstrualen Blutung Zeichen des Gewebszerfalles in der Uterusschleimhaut auf, Kernzerfall, ausgedehnte Leukozytose; während der ersten Zeit der Blutung kommt es zu ausgedehntem Gewebszerfall der Kompakta und eines Teiles der Spongiosa; „diese Partien werden abgestossen und gehen teils autolytisch, teil phagozytär (Bedeutung der Leukozytose) zugrunde“. Eine Abstossung in grösseren Gewebsfetzen ist nicht deutlich. Die restierende Wundfläche wird von dem Drüsenepithel der 2—3 mm dicken Uterusschleimhaut regeneriert. — Berücksichtigung der Literatur.) (R. Meyer.)

Unter 23 Fällen von klimakterischen Blutungen fand Anna Kramer (49) in den meisten Fällen Drüsenerweiterungen und stellenweise hohes Zylinderepithel in den Drüsen der curettierten Schleimhäute. (E. Weishaupt.)

D. Anatomie.

1. Allgemeines. Topographie.

Hadden (32) widerspricht folgenden Behauptungen: 1. Dass nur wenige Fasern des Levator ani zwischen Vagina und Rektum verlaufen und die grössere Zahl hinten um das Rektum herumginge. 2. Dass durch Fassen der lateralen Muskelfasern bei der Perineorrhaphie die Fasern einander genähert werden, die eigentlich hinter dem Rektum verlaufen sollen. 3. Dass der Transversus perinei keinen Stützwert besitze. 4. Dass die Faszien die wichtigste Stütze vorstellen und es unmöglich sei, sie von den Muskeln zu trennen.

Die fehlerhaften Anschauungen der Chirurgen beruhen nach Haddens Anschauung darauf, dass sie meist am kranken Perineum bei Faseratrophie und Retraktionszuständen operieren. (E. Weishaupt.)

2. Ovarien, einschliesslich Corpus luteum und Ovulation.

G. Linzenmeier (62) beschreibt ein junges menschliches Ei, eins der wenigen, die in situ angetroffen wurden und nach den Massen zu schliessen, zu den allerjüngsten bisher bekannten gehört. Das lebensfrisch fixierte Ovulum misst, die Hüllen mitgerechnet, 1,05:0,9 mm und hat fast dieselben Masse wie das Ei von Bryce und Teacher. Bis auf eine kleine Strecke an der Nidationsstelle ist das Epithel der Uterusinnenfläche vollkommen erhalten; an der Stelle des Defekts sitzt ein Gewebspilz, das Bonnetsche Schlusskoagulum, das Peters zuerst beschrieben hat.

Die Schleimhaut hat prämenstruellen Charakter, eigentliche Deciduazellen sind nur in unmittelbarer Nähe der Nidationsstelle, in der Umgebung einzelner Gefässe, vorhanden; der Charakter des Kompakten in der obersten Schicht der übrigen Schleimhaut ist durch eine starke seröse und teilweise blutige Durchtränkung des Gewebes hervorgerufen. Die Zellen der stark geschlängelten Drüsen sind in voller Funktion; der Glygokengehalt nimmt deutlich von der Schleimhauttiefe nach der Oberfläche hin zu. In den basalen Schichten sind vereinzelt Lymphzelleninfiltrate eingestreut. Trotz genauester Durchmusterung vieler Schnitte wurden nur zwei Mitosen (Dyaster) in der Decidua gefunden; Linzenmeier folgert daraus, dass die Verbreiterung der Mukosa weniger durch Vermehrung

der Zellindividuen als durch Volumenzunahme der einzelnen Zellen zustande kommt, genau so wie es bei den Drüsenzellen der Fall ist,.

Das Ei ist nicht vollständig in die Mukosa eingesunken, es gehört, wie die Mehrzahl der bisher bekannten, zu den oberflächlich implantierten Eiern. Ringsherum ist eine Trophoblastschale gebildet, am stärksten an der Basis, am wenigsten entwickelt auf der Kuppe. An der Basis, an der Stelle des Haftstieles ist auch die Mesoblastschicht des Chorions am breitesten und zellreichsten; von hier aus führen kurze Zapfen ohne Andeutung von Gefässen in den Trophoblastmantel; nach innen zu verlaufen Gewebszüge durch das ganze Exocölom bis zum Embryo hin. Von den Spitzen der Zotten dringen Zellsäulen vor, die sich peripherwärts verbreitern, so dass sie sich oft mit den benachbarten Zellbalken vereinigen. Die von diesen Balken und Säulen begrenzten Lakunen stellen die Anfänge des intervillösen Raumes dar, sie enthalten Blut, aus dessen guter Konservierung zu schliessen ist, dass es sich in Zirkulation befand. Die Blutlakunen kommunizieren miteinander und ausserdem mit tiefergelegenen mütterlichen Kapillaren.

Ebenso wie R. Meyer konnte Linzenmeyer feststellen, dass überall da, wo der Trophoblast mit flüssigen Medien in Berührung kommt, die Bildung von Synzytium auftritt. Das Synzytium scheint teils einen Schutzwall für die Langhanszellen, teils ein Organ für den Stoffaustausch darzustellen. An der Peripherie sind die Trophoblastzellen grösser, vollgepfropft von Zellmaterial, die Kerne heller gefärbt, eine Unterscheidung zwischen Synzytium und Langhanszellen lässt sich hier gar nicht mehr machen (cf. Hinselmann, Über die Entstehung der Synzytiallakunen. Ref.). Bei den jüngsten Eistadien ist die tryptische Kraft des Trophoblast stärker als das antitryptische Ferment der Decidua (Gräfenberg), infolgedessen finden sich zu der Zeit grössere Verluste auf seiten der Decidua als später, wo die Kräfte ausgeglichen sind.

Die Keimanlage liegt in einer Verdichtung des Chorionmesoderms an der Basis der Fruchtblase. Sie besteht aus dem Embryonalschild, der kleineren Entoderm und der grösseren Markamnionhöhle und hat eine Gesamtlänge von 0,21 mm. Eine Anlage des Amnionganges und der Allantois scheint vorhanden.

(E. Weishaupt.)

Unter Heranziehung von nahezu 20 verschiedenen Methoden (Golgi, Fananas, Veratti, Kopsch, Benda usw.) untersuchte Cattaneo (14) die endoplasmatischen Strukturen der Eierstockzellen und besonders der Eizellen selbst. Die besten Resultate gewann er bei Ovarien verschiedener Fledermausarten, untersuchte aber auch solche höherer Säugetiere bis hinauf zum Menschen.

Er kommt zu dem Ergebnis, dass der Golgische Netzapparat einen konstanten Bestandteil der Eizelle mit charakteristischer Anordnung darstellt, der bestimmten durch die Fortentwickelung bedingten Veränderungen unterworfen ist und der als wichtiger Bestandteil des zellulären Strukturplanes anzusehen ist. — Der Netzapparat findet sich bereits in den indifferenten Keimzellen der Valentin-Pflügerschen Schläuche. Struktur und Anordnung modifizieren sich in stets gleicher Weise, bis die Netze schliesslich, wenn der Oozyt sein Wachstum nahezu vollendet hat, in der Randzone gelagert sind. — Sehr kompliziert liegen Befunde und Fragen über die Mitochondrien, die zwar schon längst bekannt und beschrieben, ausserordentlich inkonstant und unspezifisch in ihrem morphologischen und mikrochemischen Verhalten sind und über deren physiologische Funktion ebenso viele wie wenig begründete Hypothesen zirkulieren (Renaults Elektosome, d. h. elektive Extraktionsorgane für Sekrete, Vererbungs- oder Individualitätsorgane nach Meves). Auch Befunde, die die direkte Umwandlung der Mitochondrien in Dotter bildendes Material einwandsfrei beweisen, konnten bisher nach Anschauung des Verfs. nicht erhoben werden. (E. Weishaupt.)

Nach van Durme (21) besitzen die Vögel, bis auf seltene Ausnahmen, nur einen, den linken Eierstock. — Zwischen der Follikelruptur und

dem Ablegen des Eies vergehen nur ungefähr 20 Stunden, davon gehören kaum 5—6 den Reifevorgängen, dem Ausstossen der Polkörperchen, den ersten Segmentierungen. Der Dotterkern persistiert zu Beginn der intrafollikulären Eireifung, kann sich vor dem Verschwinden in 3—4 Kerne teilen. — Dotterbildender Halbmond um das Keimbläschen, ein zweites dotterbildendes Zentrum an der Dotterperipherie. Die Mitochondrien sind ein intermediäres Stadium und gehen der Bildung von Fettkügelchen vorauf.

Helle Dotterblasen charakteristisch für das 2. Stadium der Vitellogenese. Im 3. Stadium Vergrösserung der Dotterkugeln; im Endoplasma geht der axiale weisse Dotter aus ihnen hervor. Während der intrafollikulären Eireifung hat der Kern einen Nukleolus und durch Fäden verbundenene Chromatinschleifen, ein Pseudoretikulum, zeitweise multiple Nukleolen und Teilungserscheinungen an den Bestandteilen des Pseudoretikulums. Später persistieren nur die Nucleoli, die sich bei einigen Arten (Huhn) zu gebogenen Stäbchen umformen.

Das erste Polkörperchen wird innerhalb, das zweite ausserhalb des Eierstockes ausgestossen. Zentrosoma gelangten nicht zur Darstellung.

Um die Pronuklei erscheint eine feingekörnte, perinukleäre Dotterzone. Der Schwanz des Spermatozoon ist neben dem gequollenen Kopf sichtbar.

Die perinukleäre Dotterzone ist noch um die erste Teilungsspindel und um die ersten Blastomeren sichtbar. Eine subgerminale Lichtung oder Höhle erscheint auf einem frühen Entwickelungsstadium. Die erste Teilungsspindel hat eine parallel zur Eioberfläche angeordnete Längsachse. Bei den Vögeln kommt sicher eine Nebenkerne erzeugende Polispermie vor (Rückerts Merozyten). (E. Weishaupt.)

B. F. Kingsbury (45) hat bereits früher die Ergebnisse morphogenetischer Untersuchungen an 63 Katzenovarien (von 95 mm Länge bis zu alten Tieren) veröffentlicht und seine Resultate sind im vorigen Bande dieser Jahresberichte referiert. Eine neuere Arbeit geht ausschliesslich auf die interstitiellen Zellen bei demselben Material ein. Bereits bei dem Fetus von 95 mm Länge, in einer Zeit, die Kingsbury als zweite fötale Proliferationsperiode des Eierstockes bezeichnet, fand er die interstitiellen Zellen in den zentralen Partien des Organs, in enger Gemeinschaft mit den Marksträngen. Sainmont hat die Zellen bereits früher bei Föten von 25 mm Länge und zwar im basalen Bindegewebskern beschrieben.

Die interstitiellen Zellen sind nach Kingsbury transitorische Gebilde, die sich durch Zunahme des Zytoplasmas und durch Auftreten von Lipoidgranulis aus den Stromazellen entwickeln. Da sie sich überdies wieder zu Stromazellen zurückbilden, so sind sie keineswegs als eine besondere Zellart anzusehen. Im reifen Ovarium ist ihre Entwickelung aus Theca-interna-Zellen atresierender Follikel deutlich zu beobachten. Ihr Auftreten scheint an das Verschwinden der Keimzelle und an eine erhöhte sekretorische Tätigkeit der Granulosazellen, also an degenerative Vorgänge gebunden zu sein. Die Theca-interna-Zellen normaler Follikel enthalten dagegen sehr wenig freie Lipoide.

Die Beobachtungen des Verfs. bestätigen die Annahme von Aimé und Popoff nicht, der zwei verschiedene „interstitielle Drüsen“ annimmt: eine fötale, in der Markschicht gelegene und eine zweite im Eierstock des geschlechtsreifen Tieres in der Rindenschicht und an die Follikelatresie gebunden. Er betrachtet im Gegenteil das örtlich verschiedene Auftreten als eine Folge der zentrifugal vorschreitenden Reifeerscheinungen im Ovarium. Kingsbury kann weder in der Genese noch in der Morphologie der interstitiellen Zellen einen Grund dafür sehen, sie als Drüse zu bezeichnen, noch aus unseren physiologischen Kenntnissen eine Berechtigung herleiten, sie als innersekretorische Elemente, als Bildner von Ovarialhormonen, zu betrachten.

Wie beim Eierstock die interstitiellen Zellen keine Beziehungen zur Oogenese besitzen, sondern sich in Abhängigkeit von regressiven Veränderungen am Follikelapparat entwickeln, so fand Kingsbury sie auch im Hoden unabhängig von der Spermatogenese und gleichzeitig mit der Atrophie der Samenkanälchen auftreten. (E. Weishaupt.)

Die Ergebnisse von Regaud und von Lacassagne (79) sind folgende:

1. In der Rindenzone vom Ovarium des geschlechtsreifen Kaninchens kommen neben Follikeln mit Oozyten Follikel ohne Oozyten vor.

2. Das Epithel beider Follikel ist das gleiche: auf einem bestimmten Entwickelungsstadium sezernieren die einen und die anderen Epithelzellen dieselbe exoplastische Substanz.

3. Die eilosen Follikel sind variable Gebilde; zuerst sind es kleine solide, aus wenigen Zellen bestehende Häufchen, die grösser werden und auf dem Stadium der weitesten Entwickelung wie gewöhnliche Follikel beginnende Mehrschichtung der Epithellagen zeigen.

Nachher atresieren die eilosen Follikel wahrscheinlich, ein Phänomen, welches die Verff. indessen nicht recht beobachten konnten.

4. Die Radiumresistenz der eilosen Follikel, durch die sie einer für die anderen Follikel tödlichen Strahlendosis widerstehen, hat zu ihrer Entdeckung geführt.

Da sich die eilosen Follikel in gleicher Zahl im nicht bestrahlten Ovarium finden, so ist es sicher, dass sie nicht ein pathologisches Produkt der Bestrahlung bilden.

5. In der Rindenschicht finden sich in seltenen Fällen sehr lange Stränge und Schläuche von derselben Struktur wie die beschriebenen Zellhäufchen und die eilosen Follikel. Beziehungen zum Oberflächenepithel besitzen sie nicht.

6. Die Epithelhaufen und eilosen Follikel, die epithelialen Gänge und Schläuche in der Rindenzone des Ovariums vom Kaninchen sind höchst wahrscheinlich, ebenso wie die oozytenhaltigen Follikel, Derivate des Keimepithels und zwar wahrscheinlich Abkömmlinge seiner letzten Einwucherung.

7. Die Gebilde werden als Homologa der bei anderen Tieren im Ovarium beschriebenen Epithelformationen angesehen. (E. Weishaupt.)

Marcotty (65) verlegt den Follikelsprung in die Mitte zwischen zwei Menstruationen. Blutung tritt schon vor der Menstruation in mässiger Menge physiologisch auf (R. Meyer). Bei der Menstruation erneute Blutung in das Corpus luteum (Aschoff). Stärkere prämenstruelle Blutung ist traumatisch oder infektiös. Die zweite Blutung bleibt bei Gravidität aus. Die Blutung im Vaskularisationsstadium ist in der Gravidität nicht konstant. Blut und Pigment kann anfänglich im Graviditäts-Corpus luteum fehlen. Dadurch sind Corpus luteum gravid. und Corpus luteum menstr. wesentlich unterschieden. Das Alter des Corpus luteum lässt sich aus dem Bau, dem Blut und dem Pigment annähernd bestimmen. Fett ist bei Corpus luteum menstr. schon im prämenstruellen Stadium vorhanden; zuerst in den Thekaluteinzellen am deutlichsten, dann auch in der Granulosa, zuerst peripher. Später enthalten die Thekazellen kein Fett mehr. Die Hauptverfettung der Granulosa tritt erst nach den Menses auf.

Von Anfang an handelt es sich beim Corpus luteum menstr. um eine Mischung von doppeltbrechenden und nicht doppeltbrechenden Fettsubstanzen: wahrscheinlich von Neutralfetten, Cholesterinverbindungen bzw. Cholesteringemischen und eventuell Phosphatiden.

Corpus luteum graviditatis ist eine Fortbildung des prämenstruellen Blütestadiums mit geringer Verfettung, letztere kann ganz fehlen.

Die Vergrösserung beruht zum geringen Teile auf einer bis zum zweiten Monat dauernden Hypertrophie der Granulosazellen; zum grössten Teile auf der Vergrösserung des Zentrums.

Kolloid findet sich namentlich in den ersten Schwangerschaftsmonaten, auch noch im Puerperium, nur in den Granulosazellen, Kalk oft in der zweiten Hälfte der Gravidität. Die bindegewebige Abdeckung ist deutlicher ausgebildet im Corpus luteum gravid. Zystische Hohlräume sind bis zum sechsten Monat fast regelmässig, später ist das Corpus luteum gravid. solide.

Die Thekaluteinzellen im Corpus luteum gravid. unterliegen bis zum fünften Graviditätsmonat individuellem Wechsel. (R. Meyer.)

Miller (68) fasst die Ergebnisse seiner eigenen Untersuchungen und der Literatur über Corpus luteum, Menstruation und Gravidität dahin zusammen, dass zwischen Ovulation und Menstruation ein festes Abhängigkeitsverhältnis derart besteht, dass der Follikelsprung der Blutung durchschnittlich neun Tage vorausgeht. Die epitheliale Natur des Corpus luteum ist durch die vergleichende Entwickelungsgeschichte, durch das Auffinden von Kolloid innerhalb der Luteinzellen und den Nachweis direkter Übergänge erwiesen. Eine histologische Differentialdiagnose des Corpus luteum graviditatis wird durch den Nachweis von Kolloidtropfen und Kalkkonkrementen bei negativem Ausfall der Fettreaktion ermöglicht. Das Corpus luteum ist eine periodisch sich bildende Drüse mit innerer Sekretion, welche die zyklische Umbildung des Endometriums veranlasst und die Implantation des Ovulums ermöglicht; es bewirkt als trophisches Zentrum für den Uterus den erhöhten Turgor in den Generationsjahren, beschützt die junge Schwangerschaft und verhindert die neue Eireifung. Die fehlende Corpus-luteum-Neubildung ist die Veranlassung zur Laktationsatrophie des Uterus.

Der Nachweis eines inneren Sekretes des Corpus luteum durch die Komplementbindungsmethode misslingt, da Hormone nicht zur Antikörperbildung Veranlassung geben. Die vitale Färbung hat noch zu keinem Ergebnis geführt.

Die Schwangerschaftstoxikosen stellen möglicherweise eine Unterfunktion des gelben Körpers dar.

Das Corpus albicans entsteht ausschliesslich durch hyaline Entartung des bindegewebigen Anteils des Corpus luteum.

Die Menstruation hat für die Konzeption keine Bedeutung. Der 10. Tag vor Beginn der Menstruation ist der geeignetste Tag für die natürliche wie für die künstliche Befruchtung. Eine postmenstruelle Eieinbettung gibt es nicht; zur Implantation gelangt stets das Ovulum der zuerst ausbleibenden Regel; die Schwangerschaftsdauer ist um 19 Tage zu reduzieren. Brunst und Menstruation sind entwickelungsgeschichtlich und physiologisch verschiedene Erscheinungen. (E. Weishaupt.)

Wallart (103) fand analog den älteren Untersuchungsergebnissen von Frankenhäuser, von v. Herff u. a., dass die Nerven zwischen den Gefässen, stark gewunden und geschlängelt wie diese selbst, in das Ovarium eintreten. Während das Kaliber einiger Fasern unverändert vom Hilus bis in die Rindenschicht bleibt, zeigen andere spindelige oder zylinderische Anschwellungen, Terminalkolben oder geben Zweige an Gefässe und Muskeln ab. In der Rindenschicht breitet sich ein dichter Plexus zum grösseren Teil markloser Fasern aus, zwischen denen Anastomosen vorhanden sind.— Die Versorgung der Gefässe ist eine überaus reiche; bei muskelführenden Gefässen und in den intervaskulären Muskelbündeln treten die Nervenspindeln in grosser Zahl bis an die glatten Muskelzellen heran, während sie sich bei den Kapillaren nur den Endothelien anlegen, ohne in Protoplasma und Kern einzudringen.

Nach sorgfältiger Ausschaltung aller durch die Methodik gegebenen Fehlerquellen lehnt Wallart das Eindringen von Nervenfasern zwischen die Granulosaepithelzellen für sein Meatrial ab. Die Befunde am Corpus luteum teilt er wegen der hierfür besonders grossen technischen Schwierigkeiten unter grösster Reserve mit. Er fand weitgehende Nervenversorgung während der Rückbildung des

gelben Körpers, indes Entwickelung und Blüte nur eine Begleitung der in den Septen verlaufenden Gefässe nachzuweisen erlaubten. Im Gegensatz zum Corpus luteum ist die aus der Theca interna atretischer Follikel hervorgehende interstitielle Drüse und ganz besonders ihr Endstadium das Corpus fibrosum überaus reich mit Nerven versorgt, woraus Wallart auf die Wichtigkeit dieser Gebilde für die humeralen und neuralen Korrelationen des Eierstocks mit den anderen Organen schliesst.

Die in die Bahnen der Nervenfasern eingeschalteten, Ganglienzellen ähnlichen Gebilde entsprechen nach Wallart solchen zwar mit grösster Wahrscheinlichkeit, können aber noch nicht völlig einwandfrei gedeutet werden.

(E. Weishaupt.)

Nach Aschner (4) entspricht dem wechselvollen mikroskopischen Bilde des Ovariums ein Auf und Nieder im Entstehen und Vergehen der Follikel und ihrer Derviate, Vorgänge, die auf ontogenetischen und phylogenetischen Gesetzmässigkeiten sowie auf funktioneller Anpassung beruhen.

Von der grossen Zahl der Eier bei den Säugern, die einen phylogenetischen Rest aus der Zeit der niedrigen Wirbeltierstadien darstellt, geht eine Menge in den letzten Fötalmonaten zugrunde. Die bleibenden Eizellen werden gegenüber den der Rückbildung anheimfallenden Eiern als Sieger im Existenzkampf betrachtet, die häufig in der Nähe von grossen, gut ausgebildeten Follikeln gelegenen atretischen Follikel als das Resultat eines stattgehabten Kampfes zwischen den Follikeln. Auf welchen zellulären Eigenschaften die Auslese beruht, ist bisher noch unbekannt.

Das typische Bild der interstitiellen Drüse findet sich in ausgeprägter Weise allerdings nur bei den Säugern, wie auch nur bei ihnen das Corpus luteum in ganz besonderer Art scharf charakterisiert ist, indessen kommen sowohl Corpora lutea wie auch atretische Follikel, diese als Elemente der interstitiellen Drüse, schon bei Fischen, Amphibien, Reptilien und Vögeln vor. Nach Aschner wird bei diesen Tieren im Gegensatz zu den Säugern das Corpus luteum in der Hauptsache von den gewucherten Zellen der Theca interna gebildet und unterscheidet sich deshalb nur wenig von dem atretischen Follikel. Am besten ausgebildet ist die interstitielle Drüse bei denjenigen Säugern, die die grösste Fruchtbarkeit aufweisen, also bei den Nagetieren, Insektivoren, Chiropteren und Raubtieren, viel geringer dagegen bei den höheren Säugern und bei dem Menschen, was Aschner damit erklärt, dass bei erhöhter Follikelproduktion vermehrte Follikelatresie und damit eine verstärkte Ausbildung der interstitiellen Drüse statthat. Die im Kampfe unterlegenen Eier werden durch Funktionswechsel einesteils zum Nährsubstrat für die siegreichen Eier und andernteils zum innersekretorischen Organ für den Gesamtorganismus. Je mehr das Corpus luteum räumlich und funktionell entwickelt ist, desto mehr verschwindet die interstitielle Eierstocksdrüse neben ihm, was in den verschiedenen Phasen des Geschlechtslebens besonders bei den höher differenzierten Säugern hervortritt.

Die Druckwirkung der umgebenden Follikel auf die interstitielle Drüse und das Verhalten der durchflochtenen Bindegewebszüge der Rindenschicht nach experimenteller Zerstörung der Follikel erscheint dem Verfasser weiterer Forschung wert. (E. Weishaupt.)

Grosser (31) stellt folgende Thesen auf: 1. Der Ovulationstermin des Menschen lässt ein Häufigkeitsmittel erkennen, schwankt aber innerhalb eines auffallend weiten Zeitraumes. Das Mittel dürfte in die erste postmenstruelle Woche fallen.

2. Die Dauer der Tubenwanderung des befruchteten Eies beträgt beim Menschen wahrscheinlich beträchtlich mehr als 8—10 Tage, manchmal vielleicht über 20 Tage, normalerweise mindestens 14 Tage.

3. Die Implantation erfolgt zwar am häufigsten prämenstruell, ist aber nicht an den prämenstruellen Abschnitt des menstrualen Zyklus gebunden.

(R. Meyer.)

Zur Untersuchung der Corpora lutea empfiehlt Wallart (104) die Methode der Schnittverdauung und Unnas Verfahren zur Darstellung des Spongio- und Granioplasmas. Schon in den Frühstadien vom Corpus luteum sieht Wallart Zellen der Tunica externa zwischen diejenigen der Tunica interna eindringen, was er in dem Sinne deutet, dass ein grosser, wenn nicht der ganze faserige Anteil des ausgebildeten gelben Körpers aus der Theca externa hervorgeht.

Wallart wendet sich gegen Hegars Unterscheidung von hellen und dunklen Internazellen als besondere Zellarten und gegen Robert Meyers Befund der Rückbildung von Zellen der Theca interna in Spindelzellen. Er verweist auf die Ähnlichkeit zwischen Corpus luteum und interstitieller Drüse bezüglich des Bindegewebsfasernetzes, das ihre Zellen wie eine Hängematte maschig umschliesst. Die Abortivformen der Corpora lutea sollen den Beweis liefern, dass auch aus dem nicht gesprungenen Follikel Corpus luteum ähnliche Gebilde entstehen können. (E. Weishaupt.)

3. Tuben, Ligamente.

Wichmann (107) fasst seine Resultate folgendermassen zusammen:

1. Die ersten Flimmerzellen im Bereich des Müllerschen Epithels entstehen im Beginn des vierten Monats (bei etwa 18 cm Scheitelfersenlänge) und zwar zuerst im Epithel der Fimbria ovarica.

2. Die Flimmerbildung schreitet von da ab in den Tuben allmählich nach unten vor, um wahrscheinlich im siebenten Monat das Uterushorn zu erreichen.

3. Beim Neugeborenen sind die Flimmerzellen auf der Fimbria ovarica und in dem lateralen Teil der Tube etwa gleich zahlreich wie die flimmerlosen.

4. Die ersten Flimmerzellen treten regelmässig paarweise auf. Es ist deshalb anzunehmen, dass die Flimmerbildung hier in ganz jungen Tochterzellen nach einer Zellteilung vor sich geht.

5. In den Anhangsgebilden treten die ersten Flimmerzellen spätestens im siebenten Monat auf. Beim Neugeborenen sind sie schon fast ebenso zahlreich wie die flimmerlosen Zellen.

6. Das Epithel der offenen (becher-, trichter- und franzenförmigen) Anhänge gleicht während ihrer ganzen Entwickelung ziemlich genau demjenigen der Fimbria ovarica.

7. Von etwa dem siebenten Monat an scheidet sich die Entwickelung der Epithelformen der geschlossenen Anhänge, der Hydatiden, von derjenigen der offenen ganz erheblich, augenscheinlich wegen der veränderten Verhältnisse in einem geschlossenen Zystenraume.

8. In den Hydatiden variiert das Epithelbild in verschiedenen Fällen und in verschiedenen Abschnitten derselben Hydatide ganz erheblich, hauptsächlich gemäss dem verschiedenen Sekretionszustand der Epithelzellen.

9. In den lebhafter sezernierenden Hydatidenpartien und z. B. bei den Schwangeren überwiegenden die flimmernden und grösseren Zellformen, sowie die mit einem Sekretpfropf überlagerten flimmerlosen Zellen, während die in einem Ruhestadium befindlichen Epithelien sehr spärlich Flimmerzellen enthalten, meistenteils von niedrig zylindrischer bis kubischer Form sind und nicht selten einen Zentralgeisselapparat tragen. (E. Weishaupt.)

4. Uterus.

Krainz (48) stellt nach seinen Untersuchungen fest:

1. Die ruhende Uterusschleimhaut des Hundeuterus ragiert auf eingebrachte Fremdkörper nicht mit histologischen Veränderungen.

2. Während der Brunst eingebrachte Fremdkörper stören den normalen Ablauf des endometralen Veränderungszyklus in keiner Weise, üben also auf das befruchtete Ei keine Wirkung aus.

3. Während des Stadiums der Drüsenhyperplasie ist bei der Hündin eine erhöhte Sensibilität der Schleimhaut vorhanden; grobe Reize (Einschnitte rufen zystische Drüsenentartungen hervor.)

4. Die länger im Uterus verbleibenden Fremdkörper sind nicht imstande, die Einleitung einer neuen Geschlechtsperiode zu verhindern.

5. Der Uterus hat die Tendenz, vorhandene Fremdkörper auszuscheiden. (R. Meyer.)

Das Oberflächenepithel unterscheidet sich nach Sternberg (90) morphologisch im Isthmus uteri von dem in der Cervix: es hat eine Eigenart zwischen Corpusepithel und Cervixepithel. Auch haben die Isthmusdrüsen ihren besonderen Verlauf; neigen zu Zystenbildung etc. im Sinne Aschoffs. Sternberg legt der Dreiteilung grosse Bedeutung bei für die Beurteilung der Graviditätsverhältnisse. (R. Meyer.)

5. Vagina und äussere Genitalien.

Zu diesem Abschnitte finden sich in der vorliegenden Literatur des Jahres 1914 keine grösseren Arbeiten.

6. Harnapparat.

Posner (78) untersuchte die Ureteren bei zehn Neugeborenen und fand bei der Mehrzahl eine sehr wesentliche Abweichung von dem normalen Verlauf beim Erwachsenen. Die Abweichungen bestehen in Schlängelung, Knickung und Dilatation. (E. Weishaupt.)

Peterfi (76) kommt zu folgenden Resultaten:

1. Die Blasenmuskulatur besteht aus einem zusammenhängenden Muskelnetz. Ihre zwei Bestandteile sind das Muskelnetz in der Blasenwand und der Sphincter vesicae internus.

2. Das Muskelnetz der Blasenwand geht aus der Verflechtung von Muskelfasern hervor, welche von drei unter dem Orificium gelegenen Ursprungslinien entspringen.

3. Die Verflechtung erfolgt in drei Ebenen: einer äusseren, mittleren und inneren.

4. Dieser Faseraustausch ist die charakteristische Eigenschaft der Muskelgruppierung der Blase und der glatten Muskulatur überhaupt. Die Muskeleinheiten bleiben nicht selbständig während ihres ganzen Verlaufs, sie zerfallen immer von neuem in ihre Elemente, um neue Einheiten zu bilden.

5. Infolge dieses Faseraustausches besteht ein fester Zusammenhang zwischen äusserer, innerer und mittlerer Schicht. Die mittlere zirkuläre Schicht ist nichts anderes als ein Netzwerk transversaler Fasern, die von der äusseren und inneren Schichte abzweigen.

6. Die Gruppierung der Schichten und der Faserverlauf ist in den von verschiedenen Punkten der Blase angefertigten Querschnitten verschieden. Man kann fünf verschiedene Querschnittstypen der Blasenmuskulatur unterscheiden, und zwar:

a) Den Typus der Mittellinie der hinteren Wand,
b) der Mittellinie der Vorderwand,
c) der Basis der seitlichen Wand,
d) des oberen Drittels der Seitenwand und
e) den Typus des Blasenpols.

7. Infolge der Einmündungen der Ureteren verwebt sich der aus der Längsmuskelschicht derselben entspringende Sphinkter mit der Muskulatur der Blasen-

wand. Im Trigonum bildet er eine dichte Muskelplatte, unter dem Orificium einen starken Muskelring (M. trigonalis, Lissosphinkter urethrae). Die Bildung von Anastomosen mit den Fasern der Blasenwand ist im Bereich des M. trigonalis seltener, unterhalb des Orificiums häufiger.

8. Die Bedeutung der Blasenmuskulatur ist zunächst eine statische. Den ständigen symmetrischen Bündeln fällt die Rolle von Spannungstrajektorien zu. In der Gruppierung der Muskulatur können wir eine den statischen Gesetzen entsprechende Architektur feststellen. (R. Meyer.)

Nach Ed. Retterer und J. Gattelier (80) ist die proximale Hälfte der weiblichen Urethra von einem aus quergestreiften Fasern aufgebauten, vollständigen Muskelring umgeben. Dieser Muskel hat bei dem Neugeborenen einen Durchmesser von 3—7 μ, bei der Erwachsenen von 10—15 μ. Gegen die Mitte oder das mittlere Drittel wird der Muskelring auf der dorsalen Seite zunächst unterbrochen, allmählich biegen sich die Spitzen des Halbmondes nach aussen und breiten sich in den lateralen Partien der Scheide aus. Demnach umspannt der Muskelring im distalen Teil die Urethra nur ventral und lateral. — Noch näher am Ausgang sind die Muskelfasern nach der Anheftung an die Klitoris rückläufig angeordnet, umgeben die Bulbovestibulardrüsen und verlaufen zur Perinealraphe. In diesem Abschnitt kann durch divergierenden Faserverlauf der Muskel dem männlichen Transversus profundus ähnlich sehen. (E. Weishaupt.)

B. Lawrentjew (55) konnte eine weitgehende Ähnlichkeit in der Innervation der weiblichen Urethra mit der Pars urethralis propria s. prostatica des Mannes konstatieren. Die Harnblase und die weibliche Urethra erhalten marklose Nervenfasern aus dem Plexus vesicalis, der aus dem Plexus hypogastricus hervorgeht und markhaltige Fasern von den Sakralnerven her. Der Musculus sphincter vesicae erhält ausserdem wahrscheinlich Nervenästchen aus dem Nervus pudendus externus.

Die Nervenstämmchen verlaufen in der Längsrichtung in der äusseren Bindegewebshülle der Urethra. Die Ganglienzellen der Knötchen an den Kreuzungsstellen besitzen mehrere Dendriten, die in der vitalen Methylenblaufärbung gekörnt erscheinen und sich von den glatten Neuriten gut unterscheiden lassen. Die Dendriten der verschiedenen Zellen anastomosieren nicht miteinander.

Es gelang dem Verfasser, den durch die Kollaterale eines Neuriten vermittelten Zusammenhang einer sympathischen Nervenzelle mit einer anderen von Anfang bis zu Ende zu verfolgen. Marklose Fasern, möglicherweise zentralen Ursprungs, und markhaltige Fasern gehen in unter sich verschiedenartige perizelluläre Endapparate über. Ausserdem durchziehen sensible Fasern in glattem Verlauf die Ganglien und endigen in den Muskellagen und in der Schleimhaut.

Von dem Plexus der bindegewebigen Hülle gehen markhaltige Fasern durch die Muskelschichten bis in die Tunica submucosa hinein, bilden hier ein Geflecht und enden in Gestalt verschiedenartiger Terminalapparate (Pacinische Körperchen, Krausesche Endkolben, einfachen und komplizierten Baues und vielfach verschlungene Nervenfaserknäule in dicken lamellösen Kapseln).

Ein Teil der markhaltigen Nervenfasern endet frei mit varikösen Anschwellungen, unter Verlust der Markscheide in der Epithelschicht, indem sie ein oberflächliches, feinmaschiges Netz bilden, was sich den subepithelialen Bindegewebsfasern anschmiegt. Einige der varikösen Fäden dringen in die Epithellage selbst hinein.

Andere meist marklose Fasern ziehen von der bindegewebigen Hülle zwischen die beiden Muskelschichten, wo sie einen längsverlaufenden Plexus bilden. Aus diesem gehen die Terminalfäden hervor, welche die Muskelzellen innervieren. Sie anastomosieren nicht miteinander und dringen nicht in die Substanz der Muskelzelle ein. (E. Weishaupt.)

XIII.

Krankheiten der Harnorgane des Weibes.

Referent: Prof. Dr. Stumpf.

a) Allgemeines.

1. Brandeis, R., L'urine normale et pathologique. 2. Aufl. Paris, G. Steinheil.
2. Chetwood, Ch. H., The practice of Urology, a surgical treatise on genito-urinary diseases including syphilis. London 1913. Baillière, Tindall and Cox.
3. Furniss, H. D., Importance of Urology in women. New York State Journ. of Med. Bd. 14. Nr. 6.
4. Gibson, M. J., Gynecologic Urology. Dublin Journ. of Med. Sciences. 1913. Dez.
5. Hahn, A., und J. Saphra, Eine einfache, für die Praxis geeignete Methode zur quantitativen Bestimmung des Harnstoffs im Urin. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 40. p. 430. (Modifikation der Marshallschen Bestimmung des aus Harnstoff entstandenen Ammoniumkarbonats durch Urease und Titration vor und nach der Vergärung.)
6. Jonass, A., und A. Edelmann, Ein neues Albuminimeter zur sofortigen quantitativen Eiweissbestimmung. Wiener med. Wochenschr. Bd. 63. Nr. 36. (Versetzen mit 20%iger Lösung von Ac. sulfosalicylicum und Vergleich der Trübung mit einer Standard-Lösung.)
7. *Knack, Modifizierte Blutprobe im Urin. Ärztl. Verein Hamburg. Sitzg. vom 31. März. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 40. p. 1594.
8. Osmond, A. E., A test for albumine in urine. Lancet-Clinic, Cincinnati. 1913. 13. Dez. (5,0 Pikrin- und 10,0 Zitronensäure, 100,0 Chlornatrium auf 1000 Wasser; der Harn wird über das Reagens geschichtet.)
9. Pasteau, O., Les instruments de chirurgie urinaire en France d'après les documents originaux du XVI. au XX. siècle. Paris, Boulangé.
10. Ravasini, Die Anästhesie in der Urologie. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 1792. (Empfiehlt bei allen Operationen am Urogenitaltraktus die Rachianästhesie.)
11. Stoeckel, W., Die Chirurgie der weiblichen Harnorgane. Handb. d. prakt. Chir. IV. 4. Stuttgart, F. Enke. (Eingehende Darstellung der Chirurgie der weiblichen Harnröhre und Blase [Blasen-Nierentuberkulose], der Harngenitalfisteln und der Ureteren; von den chirurgischen Nierenkrankheiten wird die kongenitale Nierendystopie und vor allem die Pyelitis in graviditate, sowie die Dekapsulation bei Eklampsie und die Nephrektomie in der Schwangerschaft ausführlich besprochen.)
12. Stokes, A. C., Diseases of urinary tract produced by diseases of genital tract in female. Journ.-Lancet. Minneapolis. Bd. 34. Nr. 22.
13. Teuscher, Ein handliches Eiweissreagens. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 40. p. 441. (Sulfosalizylsäure in Tablettenform.)
14. Walker, J. W. Th., Surgical diseases and injuries of the genito-urinary organs. London u. New-York, Cassell et Co.
15. — Work in urinary surgery. Practitioner. London. Bd 92. Nr. 6.
17. Watson, F. S., und P. Thorndike, Recent progress in genito-urinary surgery. Boston Med. and Surg. Journ. Bd. 170. p. 613. (Sammelreferat.)

Knack (7) empfiehlt zur Blutprobe den Harn (nach vorherigem Entfernen der Leukozytenfermente) mit einem Drittel seines Volums Äther durchzuschütteln. Die Zwischenschicht enthält dann Blutbestandteile angereichert, die mittelst Blutreagens (konzentrierte frische Benzidinlösung in Eisessig mit gleicher Menge Wasserstoffsuperoxyd nachzuweisen sind. Es kann ein Teil Blut in 200000 Teilen Harn nachgewiesen werden; durch Ersatz des Wasserstoffsuperoxyds durch Perhydrol kann die Empfindlichkeit um das Fünffache gesteigert werden.

b) Harnröhre.

1. *Acebo, Über die Behandlung der Blennorrhoe mit dem Salizylsäureester des Santalöls (Santyl). España med. Nr. 107. Ref. Pester med.-chir. Presse. Bd. 50. p. 154.
2. *Almkvist, J., Von der Behandlung und Heilung der Gonorrhoe des Weibes. Hygiea. Nr. 11.
3. *Asch, P., Über den diagnostischen und therapeutischen Wert der Sera und Vakzine für die Behandlung gonorrhoischer Erkrankungen. IV. Kongr. d. Deutsch. Ges. Urol. Zeitschr. f. Urol. Bd. 8. 1. Beiheft. p. 82.
4. *— Die moderne Therapie der Gonorrhoe beim Manne. Bonn, A. Marcus.
5. Ballenger, E. G., Genito-urinary diseases and Syphilis. 2. Aufl. London, Butterworth u. Co.
6. — und O. F. Elder, Ein weiterer Bericht über „Einsiegelungs"-Abortivbehandlung bei beginnendem Tripper. Zeitschr. f. Urol. Bd. 8. p. 31. (Injektion mit Argyrol und Zurückhaltung des Mittels mittelst Kollodiumbepinselung der Urethralmündung.)
7. Barillatti, J., Diagnose venerischer Erkrankungen. Semana med. Buenos Aires. Bd. 20. Nr. 46.
8. *Baumer, E., Eine neue Behandlungsmethode der chronischen Gonorrhoe und der Urethritis simplex mit Lytinol nach Dr. med. Awerbuch-St. Petersburg. Zeitschr. f. Urol. Bd. 8. p. 25 u. Amer. Journ. of Urol. Bd. 10. Nr. 4.
9. Baum, W. L., und H. N. Moyer, Skin and Venereal Diseases, miscellaneous topics. Chicago 1913. The Year Book Publishers.
10. *Becker, F., Zur Gonorrhoebehandlung mit Gonokokkenvakzin Menzer. Münchn med. Wochenschr. Bd. 61. p. 1887.
11. Berezoff, V., Antigonokokkenserum. R. Wratsch. Bd. 13. Nr. 26.
12. *Beyler, G., Traitement de la blennorragie aiguë et chronique. Gaz. des Hôp. 19. März.
13. *Boerma, Zwangerschap en geboorte bij sterk uitgesprochen hypospadie der vrouw. Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. 1912. II. Nr. 11.
14. *Boerner, R., und C. Santos, Über eine neue Art von Elektroden zur Behandlung der Gonorrhoe mittelst Diathermie. Med, Klinik. Bd. 10. p. 1062.
15. *Boeters, O., Die Vakzinebehandlung der Gonorrhoe und gonorrhoischer Komplikationen. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 40. Nr. 39.
16. *Brodfeld, Balsamica bei Gonorrhoe. Reichs-Med.-Anz. 1913. Nr. 18.
17. *Bromberg, R., Thermotherapie bei Gonorrhoe. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 40. p. 179.
18. *Bruck, C., Die Vakzinebehandlung der Gonorrhoe. Med. Klinik. Bd. 10. p. 47.
19. Chandler, S., Treatment of gonococcal infection in the female. Monthly Cyclop. and Med. Bull. 1913. Sept. (Empfehlung von Kaliumpermanganat, Silbernitrat und Borsäure.)
20. *Cholzoff, B., Die gonorrhoischen Erkrankungen in der Chirurgie und ihre Behandlung mittelst Sero- und Vakzinotherapie. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 89. Heft 2/3.
21. *Citron, A., Anwendung des Yatrens in der Urologie. Zeitschr. f. Urol. Bd. 8. p. 179.
22. *Corbus, B. C., Treatment of Gonorrhea and its complications by antigonococcic serum. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 62. p. 1462.
23. Cruveilhier, L., Behandlung der Komplikationen der Blennorrhoe mittelst der Besredkaschen Methode der sensibilisierten Virusimpfstoffe. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 50. Nr. 32. (Siehe Jahresber. Bd. 27. p. 395.)
24. Debré, R., und J. Paraf, Serumtherapie der Gonorrhoe. Presse méd. 1913. Nr. 101.
25. *Dessy, S., und F. L. Grapiolo, Gonokokken-Nukleoprotein. Semana med. Nr. 4. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 40. p. 2051.
26. *Duhot, Die neuen Vervollkommnungen der Gonorrhoetherapie. Revue prat. des mal. des org. gén.-ur. März. Revue Belge d'Urol. et de Derm.-Syph. 1913. Nr. 4.
27. *— R., Le vaccin de Nicolle exerce-t-il une influence sur l'évolution de la blennoragie uréthrale? Revue Belge d'Urol. et de Derm.-Syph. Bd. 3. Nr. 5.
28. Eckler, L. T., Urethritis. Kentucky Med. Journ. Bowling Green. Bd. 12. Nr. 17.
29. *Elsässer, J., Erfahrungen mit der Eiweisssilberformaldehydbehandlung der Gonorrhoe (Argaldin-Dering). Derm. Wochenschr. Bd. 58. Nr. 7.
30. *Fetzer, Über Vakzinebehandlung. Nordostdeutscke Ges. f. Gyn. Sitzg. vom 20. Juni. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. p. 313.
31. Figueroa, A., Unusual laceration of female urethra. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 19. Nr. 5.

32. *Finger, E., Zur Vakzinationstherapie des gonorrhoischen Prozesses. Wiener med. Wochenschr. Bd. 64. p. 861.
33. *Fischl, F., Erfahrungen über spezifische Behandlung der Gonorrhoe und ihrer Komplikationen. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 27. p. 152.
34. *Fränkel, Über postgonorrhoische Entzündungen der Urogenitalorgane. Ärztezeitg. 1913. Nr. 12. (Russ.) Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. p. 104.
35. *François, J., Le vaccin gonococcique dans les affections blennorragiques. Arch. urol. de la clinique de Nesker. Bd. 1. p. 305.
35a. Frank, E. R. W., Hyperämiebehandlung bei entzündlich infiltrierten Erkrankungsprozessen in den Harnwegen. Zeitschr. f. Urologie Bd. 8. 1. Beiheft p. 440, siehe Jahresbericht Bd. 27 p. 394.
36. *Friedländer, M., Gonaromat. Ther. d. Gegenwart. Nr. 2.
37. Fromme, F., Die Gonorrhoe des Weibes. Berlin, S. Karger. (Übersichtliche Darstellung nach Vorträgen.)
38. Fulton, J. A., Gonorrhea cured through use of heated bougie. Northwest Med. Seattle. Bd. 5. Nr. 12.
39. *Habermann, R., Die Bedeutung intravenöser Arthigoninjektionen für die Diagnostik u. Therapie der Gonorrhoe. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 417.
40. *Hartz, H. J., Aqueous solution of jodine in the treatment of gonorrhea in women. Amer. Journ. of Obst. Bd. 69. p. 620 u. 685.
41. Henry, R., Vakzinetherapie bei weiblicher Gonorrhoe; neun Fälle, Misserfolg in vier Fällen. Revue mens. de Gyn., d'Obst. et de Péd. Paris. Bd. 9. Nr. 1.
42. *Hérescu, P., und M. Cealic, Abcès urineux chez la femme. Journ. d'Urol. Bd. 6. p. 27.
43. *Herescu, P., und L. Strominger, Anmerkung über die Behandlung der lokalen und allgemeinen Komplikationen der Gonorrhoe durch Antimeningokokken-Seruminjektionen. IV. Kongr. d. Deutsch. Ges. f. Urol. 1913. Zeitschr. f. Urol. Bd. 8. 1. Beiheft. p. 102.
44. *Hermans, J., Über die Behandlung gonorrhoischer Komplikationen mit Gonargin. Med. Klinik. Bd. 10. p. 413.
45. Hübner, Caviblen-Uranoblen-Behandlung der Gonorrhoe. Ärztl. Verein Marburg. Sitzg. vom 5. Nov. 1913. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 447. (Siehe Jahresbericht. Bd. 27. p. 393.)
46. Ilinsky, P., Vakzinetherapie der Gonorrhoe. Med. Obozr. Bd. 80. Nr. 21.
47. *Job, R., Behandlung der Urethritis acuta. Paris méd. 16. Mai.
48. *Jungano, Traitement de la blennorragie aiguë par le vaccin atoxique. Journ. d'Urol. Bd. 5. p. 563.
49. *Katz, G., Der Ausfluss der Frau und seine Behandlung mit Yatrengaze. Med. Klinik. Bd. 10. p. 1620.
49a. Klein, G., Myom im Septum urethro-vaginale; Tumor des Wolffschen Ganges. Gyn. Ges. München. Sitzg. vom 26. Febr. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. p. 618. (Dattelgroßer Tumor aus glatter Muskulatur ohne Drüseneinschlüsse. Ausschälung.)
50. *Kleipool, Das ungiftige Antigonokokkenvakzin Nicolles. Ned. Tijdschr. v. Geneesk. 1913. II. Heft 22.
51. *Klieneberger, Die Vakzinebehandlung der Gonorrhoe und gonorrhoischer Komplikationen. Ärztl. Bezirksverein Zittau. Sitzg. vom 8. Jan. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 51. p. 285.
52. Koll, I. S., Two hundred cases of gonorrheal urethritis without complications. Illinois Med. Journ. Chicago. Bd. 26. Nr. 3.
53. *Komarowskij, M. M., Zur Frage der Verwendung von Gonokokkenvakzine bei gonorrhoischen Erkrankungen. Terap. Obosr. 1913. Nr. 14. Ref. Wiener med. Wochenschrift. Bd. 27. p. 193.
54. *Legueu, F., und Chéron, Guérison par radiumthérapie d'un cancer urétro-vaginal inopérable. Journ. d'Urol. Bd. 5. p. 291.
55. *Lejars, L'uréthrocèle calculeuse. Semaine méd. Nr. 24.
56. Leshneff, Zur Frage der Behandlung des akuten Trippers. Russ. urol. Ges. Zeitschr. f. Urol. Bd. 8. p. 277. (Siehe Jahresbericht Bd. 27, p. 393.)
57. Lesser, E., Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten. 13. erw. Aufl. Berlin, Julius Springer.

58. *Leszlenyi, O., und S. Winternitz, Zur intravenösen Anwendung des Artigon bei den gonorrhoischen Erkrankungen des Weibes. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 27. p. 185.
59. *Leuret, Vaccin antigonococcique de Nicolle et Blaizot. Soc. de Méd. et de Chir. de Bordeaux. Sitzg. vom 27. Febr. Journ. de Méd. de Bordeaux. Bd. 85. p. 160.
60. *Lewinski, J., Über den Wert intravenöser Arthigoninjektionen. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. Nr. 50.
61. Lipschütz, B., Bakteriologischer Grundriss und Atlas der Geschlechtskrankheiten. Leipzig 1913. J. A. Barth. (Enthält Darstellungen der Gonokokken und Spirochäten, Färbetechnik, Kulturmethoden etc., ferner der Erkrankungen der Geschlechtsteile.)
62. *Li Virghi, G., Traitement abortif électrolytique de la blennorragie. Journ. d'Urol. Bd. 5. p. 435.
63. *Livon, Anwendung der Vakzine bei Gonorrhoe. Soc. de Biol. (Paris). Sitzg. vom 24. Jan. Wiener med. Wochenschr. Bd. 64. p. 973.
64. *Lohnstein, H., Erfahrungen über die Wirkungsweise der Thermopenetration bei Erkrankungen der Harn- und Sexualorgane. IV. Kongr. d. Deutsch. Ges. f. Urol. 1913. Zeitschr. f. Urol. Bd. 8. 1. Beiheft. p. 288.
65. Lomholt, S., Kobberindforelse i urethral-slimhinden ved hjaelp af konstant elektrisk strom. Ugeskr. f. Laeger. Bd. 75. Nr. 46.
66. Luys, G., Traité de la blennorragie et de ses complications. Paris, O. Doin.
67. McCall, A., Die Phylakogenbehandlung chronischer gonorrhoischer und rheumatischer Zustände. Lancet. Jahrg. 91. Bd. 2. 9. August. (Im ganzen gute Erfolge.)
68. *Mansfeld, Primäres Urethralkarzinom. Ärzteverein Budapest. Gyn. Sekt. Sitzg. vom 10. Febr. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 818.
69. *Mauriac, P., Vaccin de Nicolle et Blaizot. Soc. de Méd. et de Chir. de Bordeaux. Sitzg. vom 27. Febr. Journ. de Méd. de Bordeaux. Bd. 85. p. 160.
70. *Mayoral, Vakzinebehandlung der Gonorrhoe. Span. med.-chir. Akad. Sitzg. vom 5. Jan. Revue de Chir. Bd. 49. p. 717.
71. *Merk, L., Eine Behandlungsmethode des frischen Trippers der Männer. Med. Klinik. Bd. 10. p. 1262
72. *Mondschein, M., Intravenöse Arthigoninjektionen bei männlicher Gonorrhoe. Wiener med. Wochenschr. Bd. 64. p. 677.
73. M ntgomery, E. E., Gonorrhea in female. Delaware State Med. Journ. Wilmington. Bd. 5. Nr. 4.
74. *Moos, Über Erfahrungen mit intravenöser Vakzination durch Arthigoninjektionen bei weiblicher Gonorrhoe. Gyn. Ges. Breslau. Sitzg. vom 16. Dez. 1913. Zentralbl. f Gyn. Bd. 38. p. 376 u. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 333.
75. *Müller, H., und E. Bender, Versuche mit der Nicolleschen Gonokokkenvakzine (Dmègon). Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 1676.
76. Mulzer, Arthigon bei gonorrhoischen Komplikationen. Deutsche militärärztl. Zeitschr. Nr. 18. (Keine Beeinflussung des Gonokokkenbefundes im Harnröhrensekret.)
77. Oppenheim, M., Praktikum der Haut- und Geschlechtskrankheiten für Studierende und Ärzte. Leipzig und Wien 1913. F. Deuticke.
78. *— Über neuere Gonorrhoebehandlung. Klin.-therap. Wochenschr. 1913. Nr. 38.
79. Orlowski, Der Tripper. Würzburg, C. Kabitzsch. (Populär-wissenschaftliche Darstellung.)
80. *Pérez-Grande, Gonococcie der beiden Geschlechter und deren Behandlung mit polyvalenter Diplokokkenvakzine. Zeitschr. f. Urol. Bd. 8. p. 795.
81. *Pontoppidan, E., Gonorroiske Lidelser i de kvindelige genitalia. Ugeskr. f. Laeger. Bd. 76. p. 377.
82. Puppel, Wirkung der Uranoblen- und der Boluspräparate bei Gonorrhoe des weiblichen Geschlechts. Ärztl. Kreisverein Mainz. Sitzg. vom 20. Jan. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 568.
83. *Rohr, Über Arthigon. Derm. Wochenschr. Bd. 59. p. 36.
84. *Rost, Beiträge zur Vakzineanwendung bei Gonorrhoe. Med. Ges. Kiel. Sitzg. vom 22. Jan. Med. Klinik. Bd. 10. p. 392 u. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 699.
85. Rush, I. O., Venereal diseases in the negro with special reference to the Gonococcus. Med. Record. New York. Bd. 83. 31. Mai. (Betont die zehnmal größere Häufigkeit der Gonorrhoe bei Negern als bei Weissen.)
86. *Savill, A., Ionentherapie bei Gonorrhoe. Brit. Med. Journ. Bd. 1. 14. Febr.

86a. Schiele, Die Rolle des Gonococcus bei der Urethritis und einige neuere Methoden und Medikamente bei der Therapie der Gonorrhoe. Deutscher ärztl. Verein St. Petersburg. Sitzg. vom 10. März. St. Petersburger med. Wochenschr. Bd. 39. p. 174.
87. Scholtz, W., Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten. Bd. 1. Geschlechtskrankheiten. Leipzig 1913. S. Hirzel.
88. *Schüller, H., Radiumtherapie in der Urologie. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 27. p. 122.
89. *Schzedrowitzky, Über Polypen der Harnröhre bei der Frau. Inaug.-Diss. München 1913.
90. Sorautin, Harnröhrendivertikel im Röntgenbild. Fortschr. d. Röntgenstr. Bd. 22. Heft 2. (Nachweis des Divertikels mit Fistelöffnung nach Kollargolfüllung.)
91. Spencer, J. C., Treatment of gonorrhea in female. California State Journ. of Med. San Francisco. Bd. 12. Nr. 3.
92. Stark, S., Technic employed in excision of carcinomatous urethra. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 18. Nr. 5.
93. Streissler, Fall von Neubildung der Harnröhre. Ärzteverein Steiermark. Sitzg. vom 6. März. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 27. p. 1132. (Nach Exstirpation der Harnröhre wegen Karzinoms.)
94. Strong, S. M., Gonorrheal vaccines. New York State Journ. of Med. Bd. 14. Nr. 7.
95. *Stümpke, G., Die Vakzinebehandlung und -Diagnose der Gonorrhoe. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 40. p. 2032.
96. *Terebinskaja-Popowa, Vergleichende Bewertung der Vakzinetherapie und lokalen Behandlung der weiblichen Gonorrhoe. Inaug.-Diss. St. Petersburg 1912.
97. *Troisfontaines, Nicolles Antigonokokkenvakzine. Presse méd. Belge. 11. Jan.
98. *Uteau und Saint-Martin, Gebrauch isotonischer Lösungen bei der Lokalbehandlung der Gonorrhoe. Presse méd. 1913. 23. August.
99. *Volk, R., Die Vakzinetherapie in der Urologie. IV. Kongr. d. Deutsch. Ges. f. Urol. 1913. Zeitschr. f. Urol. Bd. 8. 1. Beiheft. Bd. 52.
100. *— Die Vakzinetherapie in der Urologie. Wiener med. Wochenschr. Bd. 64. p. 555.
101. *Watson, B. P., Primary malignant tumors of the female urethra. Amer. Journ. of Obst. Bd. 69. p. 797 u. 838.
102. Watson, D., Gonorrhoea and its complications in pregnant women. Clin. Journ. London. Bd. 42. Nr. 36.
103. *Wiener, S., High frequency cauterization in the treatment of urethral caruncle. New York Med. Journ. Bd. 98. p. 1115.
104. *Wohl, M., Versuche mit Kollargol zur abortiven Behandlung der Gonorrhoe. Pester med.-chir. Presse. Bd. 50. p. 171.
105. *Wossidlo, H., Diathermie und Elektrokoagulation in der Urologie. Med. Klinik. Bd. 10. p. 14.
106.* Zieler, Karzinom der Urethralmündung. Würzburger Ärzteabend. Sitzg. vom 19. Mai. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 1481.
107. *— Spezifische Behandlung der Gonorrhoe. Würzburger Ärzteabend. Sitzg. vom 13. Jan. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 451.
108. Zirinski, M., Paraurethrale Metastasen bei Korpuskarzinom. Inaug.-Diss. München 1913.

Missbildungen und Gestaltfehler.

Boerma (13) beschreibt einen Fall von Kloakenbildung mit fehlender Urethra; dennoch war Schwangerschaft eingetreten.

Lejars (55) berichtet über eine walnussgrosse Urethrocele bei einer 60jährigen Frau, die drei fazettierte Phosphatsteine enthielt. Extraktion der Steine und Exzision des Sackes.

Schüller (88) empfiehlt bei keloiden Stenosen der Harnröhre die Radiumbehandlung.

Gonorrhoe.

Merk (71) zieht allen vorgeschlagenen Silbereiweissverbindungen bei der Behandlung der Gonorrhoe das Silbernitrat vor wegen der hierbei stattfindenden chemischen Umsetzungen, bei welchen Eiweissfällung eine sehr geringe Rolle spielt. Ebenso wird dem Kaliumpermanganat eine vortreffliche Wirkung zuerkannt. Die Spülung der Harnröhre wird mit 60—75 ccm haltendem Ballon bewirkt und das Spülmittel soll möglichst hoch temperiert sein (37°).

Terebinskaja-Popowa (96) fand, dass durch Vakzinebehandlung die Gonokokken nicht getötet werden, während dies bei Lokalbehandlung mit Argentamin prompt der Fall ist.

Almkvist (2) empfiehlt, um die Schleimhaut zu entfalten und eine Anspannung zu erhalten, die Injektion halbfester Massen mit 1% Albargin in die Urethra.

Elsässer (29) hebt das Argaldin-Dering (Eiweisssilber-Formaldehyd) in ½—1%iger Lösung als besonders reizloses Mittel zur Gonorrhoebehandlung hervor.

Wohl (104) fand 2%ige Kollargollösung bei Urethralgonorrhoe besonders wirksam und die Heilungsdauer abkürzend.

Asch (4) tritt bei Urethralgonorrhoe ganz besonders für die Janetschen Spülungen ein, ausserdem für Argyrol (2,5 : 1000).

Hartz (40) empfiehlt bei gonorrhoischer Urethritis die Erweiterung der Urethra mit Hegarschen Dilatatoren und die Einträufelung einer Lösung von Jod in Albolen (0,25:30).

Beyler (12) beobachtete bei akuter und chronischer gonorrhoischer Urethritis nach Anwendung von kolloidalem Jod rasches Verschwinden der Schmerzen und des Ausflusses.

Bäumer (8) empfiehlt bei nicht-gonorrhoischer Urethritis das Lytinol nach Awerbuch in 5%iger Lösung zu Injektionen in die Harnröhre.

Citron (21) sah nach Anwendung 10%iger Yatren-Stäbchen in der Urethra ein schnelles Verschwinden der Gonokokken. Ebenso wurde nicht-gonorrhoische Urethritis durch 10%ige Yatren-Lösung in überraschender Weise beeinflusst.

Katz (49) konnte bei Gonorrhoe mit Yatrengaze keine Beeinflussung begutachten.

Job (47) empfiehlt zur Behandlung der akuten Gonorrhoe eine Mischung einer 0,4%igen Pikrinsäurelösung in 30% Glyzerin mit 1,6% 90%igem Alkohol und einer Lösung von 0,3 Oxycyanid in 10,0 Wasser. Täglich sollen vier Injektionen gemacht werden.

Pontoppidan (81) empfiehlt Lokalanwendung von 0,5%igem absoluten Salzsäurealkohol.

Uteau und Saint-Martin (98) empfehlen den Gebrauch physiologischer Salzlösung zur Lösung von Mitteln (Kaliumpermanganat, Oxycyanid, Kollargol, Silberalbuminatverbindungen) bei Urethralgonorrhoe, bei welchem Verfahren eine raschere Heilung herbeigeführt wird als durch gewöhnliche wässerige Lösungen.

Acebo (1) fand das Santyl als einziges inneres Mittel bei Urethritis und Urethrocystitis bewährt. Es wirkt besonders schmerzstillend und harnklärend.

Brodfeld (16) empfiehlt die Balsamika als Unterstützungsmittel im Endstadium der Lokaltherapie bei Gonorrhoe; am besten war die Wirkung beim Gonaromat „Täschner".

Friedländer (36) empfiehlt als inneres Antigonorrhoikum Gonaromat in Kapseln, die erst im Dünndarm sich lösen.

Hermans (44) hebt die günstige Wirkung des Gonargins auf die Gonorrhoekomplikationen hervor, andererseits aber die Einflusslosigkeit des Mittels auf den Urethralprozess.

Boerner und Santos (14) erzielten ausgezeichnete Heilerfolge bei chronischer, auch in einigen Fällen auch bei akuter Gonorrhoe mittelst Behandlung mit neuen Elektroden, die eine genaue Abstufung der Temperatur gestatten.

Li Virghi (62) erzielte mit Elektrolysebehandlung der Gonorrhoe in 100% Heilerfolge, und zwar um so schneller, je früher die Behandlung eingeleitet werden konnte.

Savill (86) brachte eine Gonorrhoe der Harnröhre und des Uterus mittelst Ionenbehandlung auffallend schnell zur Heilung.

Bromberg (17) empfiehlt zur Thermobehandlung der Gonorrhoe eine Thermosonde, die in einen mit Wasser zu füllenden doppelläufigen Katheter eingeschoben ist. Bei akuten Fällen soll Lokalanästhesie vorausgehen.

Lohnstein (64) beobachtete nach Diathermiebehandlung der Urethritis kein Verschwinden der Gonokokken.

Wossidlo (105) beobachtete bei Diathermiebehandlung chronischer Urethralgonorrhoen in einer grösseren Reihe von Fällen Abnahme der Sekretion, nicht aber vollständige Heilung, dagegen wurde eine schmerzstillende, beruhigende Einwirkung erzielt.

Vakzine- und Serumbehandlung der Gonorrhoe.

Asch (4) konnte bei akuter Urethritis keinen Einfluss, bei chronischer nur in wenigen Fällen bis zu einem gewissen Grad einen günstigen Einfluss beobachten, dagegen wurde bei paraurethralen Abszessen und bei Infiltration der Heilungsprozess sehr abgekürzt.

In der Diskussion bestätigt Wossidlo die Unwirksamkeit bei urethraler Gonorrhoe, ebenso Roth.

Herescu und Strominger (43) fanden die Injektion von Antimeningokokkenserum besonders bei Komplikationen wirksam, jedoch wurde auch beträchtliche Besserung der gleichzeitigen Urethritis beobachtet.

Cholzoff (20) konnte bei Vakzinebehandlung eine deutliche Beeinflussung des Urethralprozesses weder bei akuter noch bei chronischer Urethritis nachweisen.

Corbus (22) fand Antigonokokkenserum (von Widdern gewonnen) bei akuter Urethritis wirkungslos, bei chronischen Formen und bei Komplikationen (auch bei Endometritis) dagegen von guter Wirkung.)

Cruveilhier (23) konnte bei Behandlung mit sensibilisierter Antigonokokkenlymphe zwei Fälle von Urethralgonorrhoe zur Heilung bringen und empfiehlt die Einführung von Bougies, denen Antigonokokkenserum zugesetzt ist.

Finger (32) stellt für Urethritis und Cystitis jeden Heileffekt der Arthigonbehandlung in Abrede, während bei Komplikationen sehr günstige Wirkungen zu erzielen sind.

Fischl (33) beobachtete nach Anwendung von Gonargin, Arthigon und Menzerscher Vakzine keine Einwirkung auf den Urethralprozess, dagegen erfolgreiche Einwirkung auf die Komplikationen.

Habermann (39) fand bei intravenöser Arthigoninjektion keine wesentlichen diagnostischen und therapeutischen Vorzüge gegenüber der intramuskulären; die von Bruck und Sommer als sichere Erscheinung bezeichnete Doppelzacke ist nicht für Gonorrhoe charakteristisch, dagegen ist dies die fieberhaft erhöhte Abendtemperatur und die eventuelle Fortdauer des Fiebers bis zum nächsten Tage.

Klieneberger (51) fand die Vakzinebehandlung für die Urethritis wirkungslos, für die Komplikationen dagegen sehr wirksam.

Komarowskij (53) bestätigt, dass die Gonokokkenvakzine nicht auf die Gonokokken selbst einwirkt, sondern nur auf durch den gonorrhoischen Prozess pathologisch veränderte Organe und Gewebe.

Leszlenyi und Winternitz (58) fanden das Arthigon ohne Wirkung auf offene Schleimhautgonorrhoen, dagegen in einem Drittel der Fälle eine objektive Wirkung auf Komplikationen.

Lewinski (60) konnte nach intravenösen Arthigoninjektionen ein Verschwinden der Gonokokken im Urethralsekret nicht beobachten.

Livon (63) will nicht nur bei Komplikationen, sondern auch bei akuter und chronischer Gonorrhoe günstige Wirkung mit der von ihm verwendeten Vakzine beobachtet haben.

Mayoral (70) hält die bei Gonorrhoe gleichzeitig vorhandenen Diplokokken und andersgestalteten Keime lediglich für Varietäten des Gonococcus und fand bei Behandlung mit Autovakzine sehr günstige Resultate auf die Gonokokken.

In der Diskussion bestreiten Perez und Pulido die besonders günstige Wirkung der Vakzinebehandlung, Sanchez Covisa hat günstige Wirkungen in bezug auf die Komplikationen gesehen, Sainz de Aja und Peña beobachteten besonders bei akuter Urethritis eine günstige Beeinflussung.

Mondschein (72) glaubt, dass die Arthigonbehandlung, wenn sie lokal mit Caviblenbehandlung kombiniert wird, die Heilung des Urethralprozesses abkürzt. Besonders wirkt Arthigon auf Komplikationen. Die intravenöse Injektion erzeugt Nebenwirkungen (Kopfschmerz, Schüttelfröste, erhöhte Temperatur), die intramuskuläre dagegen nicht.

Oppenheim (78) fand die Vakzinebehandlung bei Urethritis meist wirkungslos, dagegen bei Komplikation erfolgreich.

Pérez-Grande (80) erzielte mit polyvalenter autogener Vakzine prompte Wirkung bei akuter und chronischer Urethritis und Endometritis.

Rost (84) erklärt, dass eine Einwirkung der Vakzinebehandlung auf den Urethralprozess anscheinend nicht stattfindet. Bei scheinbar geheilten Gonorrhoen gelingt es in fast 50% der Fälle, erneuten, Gonokokken enthaltenden Ausfluss hervorzurufen.

Stümpke (95) anerkennt, dass die Vakzinebehandlung und -Diagnostik sich ihren Platz in der Gonorrhoeforschung gesichert haben, nimmt aber an, dass wegen des verschiedenen Verhaltens verschiedener Gonokokkenstämme die Verwendung einer autogenen Vakzine eine ideale, aber äusserst schwer durchzuführende Forderung ist. Auch die Wirkung der polyvalenten Vakzinepräparate (Arthigon, Gonargin) ist eine nur begrenzte. Hierin finden die Nachteile der Vakzinebehandlung eine Begründung, jedoch können diese die Vorteile der Vakzinebehandlung nicht aufwiegen.

Volk (99) erklärt die Vakzinetherapie bei Urethralgonorrhoe für nicht sehr geeignet, sondern der Einfluss ist ungefähr derselbe wie der eines guten Balsamikums. Gute Dienste

leistet die Vakzinetherapie bei manchen gonorrhoischen Komplikationen. Die diagnostische Vakzination kann, wie es scheint, oft mit Vorteil angewendet werden.

Zieler (107) konnte auch nach intravenöser Vakzineinjektion eine Beeinflussung der Urethritis nicht beobachten, wohl aber eine solche der Komplikationen.

Duhot (26, 27) erklärt die Uranoblenbehandlung nach Bruck kombiniert mit der Nicolle-Vakzineanwendung für die beste Gonorrhoebehandlung.

Jungano (48) erklärt die Wirkung der atoxischen Antigonokokkenvakzine von Nicolle und Blaizot noch nicht für geklärt und bezweifelt die Ungiftigkeit dieser Vakzine.

Kleipool (50) gibt wohl subjektive Erleichterung nach Anwendung der Nicolleschen „ungiftigen" Antigonokokkenvakzine, nicht aber objektive Besserung zu. Das Mittel ist nicht frei von unangenehmen Nebenwirkungen.

Auch nach Volks (99) Erfahrungen sind die Erfolge der Vakzinationstherapie nicht absolut verlässlich, besonders wird akute Urethritis nur selten günstig beeinflusst.

Fetzer (30) verwirft die Vakzinebehandlung bei frischer Gonorrhoe.

François (35) fand die verschiedenen Antigonokokkenvakzinen auch bei Urethritis in manchen Fällen wirksam.

Moos (74) konnte einen Einfluss des Arthigons auf offene Gonorrhoen nicht beobachten, ebensowenig Boeters (15) und Rohr (83).

Becker (10) fand die Menzersche Gonokokkenvakzine bei akuter wie bei chronischer Urethritis in den meisten Fällen von spezifischer Wirkung und auch in diagnostischer Beziehung verwertbar.

Bruck (18) fand, dass die Arthigonbehandlung bei einfacher Schleimhautgonorrhoe teils von zweifelhaftem Erfolge ist, teils ganz versagt, dagegen kann bei chronischen Schleimhautinfiltrationen die Lokalbehandlung durch sie wesentlich unterstützt werden.

Leuret (59) beobachtete bei Anwendung der Vakzine von Nicolle und Blaizot eine günstige Beeinflussung der Urethralsekretion, während Mauriac eine solche in Abrede stellt.

Müller und Bender (75) konnten mittelst der Nicolleschen atoxischen Antigonokokkenvakzine (Dmégon) bei akuter Urethritis weder ein Verschwinden der Gonokokken, noch eine Abkürzung des Verlaufes erzielen; dagegen war die Wirkung des Dmegons bei Komplikationen auch da eine gute, wo andere Vakzinen erfolglos geblieben waren, besonders wenn neben echten Gonokokken grampositive Diplokokken von gleichem Typus auftraten.

Troisfontaines (97) und Livon Fils fanden Nicolles nicht-toxische Gonokokkenvakzine von guter Wirkung, nicht bloss in bezug auf die Komplikationen, sondern auch in bezug auf die Urethritis.

Dessy und Grapiolo (25) erklären das Gonokokkennukleoprotein für ein spezifisch wirksames Mittel, das bei intramuskulärer Anwendung Stich-, Herd- und Allgemeinreaktion auslöst, bei Gesunden aber wirkungslos bleibt; die Injektionen wirken heilend auf die Gonorrhoe und ihre Komplikationen.

Fränkel (34) macht darauf aufmerksam, dass nach Verschwinden der Gonokokken aus der Harnröhre noch Kolibazillen und Streptokokken zurückbleiben können, die den postgonorrhoischen Prozess unter den gleichen Erscheinungen weiter unterhalten.

Herescu und Cealic (43) führen den suburethralen Abszess bei der Frau ebenso wie beim Manne nicht auf die periurethralen, sondern auf die endourethralen Drüsen zurück. Die Behandlung besteht in medianer Inzision durch die vordere Scheidenwand und möglichst ausgedehnter Resektion der Abszesswandungen. Vier Fälle.

Neubildungen.

Schzedrowitzky (89) beschreibt einen fibro-epithelialen Polypen der Harnröhre mit gleichzeitigem grossen Uratblasenstein.

Wiener (103) empfiehlt bei Urethralkarunkeln an Stelle der Exzision und Kauterisation die Behandlung mit Hochfrequenzströmen nach dem Vorgange von Beer bei Blasentumoren. Die Behandlung ist unter oberflächlicher Kokainanästhesie vollkommen schmerzlos, bewirkt keine lokale Reaktion und erfordert keine Bettruhe. Es sind meist 2—3 Sitzungen, die 5—6 Tage auseinander liegen sollen, notwendig. Dysurie und Tenesmus verschwinden sofort nach der ersten Sitzung. Die Schleimhaut erfährt eine vollständige restitutio ad integrum.

Legueu und Chéron (54) beschreiben ein die ganze Länge der Urethra betreffendes Karzinom mit Befallensein von Scheide und Labia minora und Adhärenz an der Symphyse, das nach Radiumbestrahlung vollständig geheilt wurde und nach $2\frac{1}{2}$ Jahren kein Rezidiv

zeigte. Nach der Behandlung entstand durch Zerfall der Neubildung vollständige Inkontinenz wegen direkter Ausmündung des Blasenhalses in die Scheide. Die von der Kranken verlangte Operation (Einpflanzung der Ureteren in den Darm) führte zu Sepsis und Exitus. Bei der Sektion fand sich keine Spur von Karzinomgewebe.

Mansfeld (68) beschreibt ein Urethralkarzinom mit Heraushängen einer haselnussgrossen, nekrotisch-karzinomatösen Masse aus der Harnröhre, aber ohne Infektion der Lymphdrüsen. Exitus.

Zieler (106) fand bei einem Karzinom der Urethralmündung einer 48jährigen Frau, die positive Wassermann-Reaktion zeigte, nach Salvarsan- und Jodbehandlung keine Beeinflussung der Ulzeration, sondern nur etwas Verminderung der harten Infiltration und Verschwinden der subjektiven Beschwerden.

Watson (101) exzidierte bei einer 27jährigen Nullipara ein Karzinom der Urethra von periurethralem Typus mit Vereinigung des unteren Teils der durchschnittenen Urethralschleimhaut mit der Scheidenschleimhaut; 10 Tage später wurden die beiderseitigen infiltrierten Leistendrüsen exstirpiert. Heilung.

Ein zweiter Fall betrifft ein bei einem 14jährigen Mädchen bis vor die Vulva vorragendes Myxosarkom der Urethra, auf dessen Kuppe die Harnröhre mündet. Der Tumor war inoperabel und das Kind starb vier Wochen später.

In der Diskussion erwähnt Vineberg ein von der Harnröhrenschleimhaut ausgehendes Karzinom, das mit Dauererfolg exstirpiert und mittelst nachfolgender plastischer Operation behandelt wurde.

c) Blase.

1. Anatomie und Physiologie.

1. Bocci, B., Die Harnblase als Expulsivorgan. Pflügers Arch. Bd. 155. Heft 3. (Experimentelle Versuche über den Druck der Blase auf ihren Inhalt.)
2. *Li Virghi, Sui processi di guarigione delle lesione vescicali. Giorn. internaz. d. sc. med. 1913. Nr. 20.
3. Pedersen, V. C., Topography of the bladder with special reference to cystoscopy. New York Med. Journ. Bd. 98. p. 353. (Siehe Jahresbericht. Bd. 27. p. 400.)
4. *Schöning, K., Die Kapazität der weiblichen Blase. Inaug.-Diss. Marburg 1913.

Schöning (4) stellte die Kapazität der weiblichen Blase mittelst der zur Auslösung des Harndrangs notwendigen Flüssigkeitsmenge fest und fand bei Gesunden den Eintritt des Harndrangs bei Füllung mit 200—650 ccm, in pathologischen Fällen (Cystitis, Genitalerkrankungen bei gesunder Blase) bei 100—500 ccm. Die Kapazität schwankte bei Gesunden von 750—1250, bei Kranken von 500—900 ccm.

Li Virghi (2) weist an Tierversuchen die raschen Heilungsvorgänge der Blasenwand, besonders der Schleimhaut nach Inzision und Exzision nach. Nach vier Tagen war die Epithelbekleidung wieder hergestellt und nach 16 Tagen war die Neubildung eine vollständige.

2. Allgemeine Diagnostik und Therapie.

1. Besson, J., Why the cystoscope? Northwest Med. Seattle. Bd. 6. Nr. 2.
2. Bloue, Spülapparat für die Blase. XXVII. franz. Kongr. f. Urol. 1913. Zeitschr. f. Urol. Bd. 8. p. 195. (Lässt Benetzung der Verbände vermeiden.)
3. *Bratrud, Th., Suprapubic cystotomy. Minnesota State Med. Assoc. St. Paul Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 63. p. 1601.
4. Bühl, Die Erkrankungen der Blase in ihren Beziehungen zu Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Inaug.-Diss. Marburg 1912. (Zusammenfassende, übersichtliche Darstellung.
5. de Buller, R., Aussehen der normalen und pathologischen Blase. Brazil-Medico. Rio de Janeiro. Bd. 28. Nr. 1.

6. *Cathelin, F., Harnblasen, die man nicht eröffnen soll. Revue prat. des mal. des org. gén.-ur. Nr. 63. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 1245.
7. Chapman, W. L., Self-retaining collapsible T-shaped catheter for suprapubic drainage of the urinary bladder. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 63. p. 1031. (Aus Titel ersichtlich.)
8. Chetwood, Ch. H., Drainage of the bladder following suprapubic operations. Med. Record. New York. Bd. 85. p. 602. (Heberdrainage, durch Elektromotor betrieben.)
9. Clay, J., Diseases of the genito-urinary tract. Brit. Med. Assoc. Birmingham Branch. Sitzg. vom 19. März. Brit. Med. Journ. Bd. 1. p. 762. (Diagnostische Bemerkungen, wobei Goldschmidts Irrigationskystoskop besonders hervorgehoben wird.)
10. Claybrook, E. B., Simple method of bladder drainage. Old Dominion Journ. of Med. and Surg. Richmond. Bd. 18. Nr. 6. (Nach Punktion mit Troikar Einführung eines Gummischlauchs.)
11. *Colombino, La taille hypogastrique en deux temps. Revue clin. d'Urol. 1913. Nov. XXVII. franz. Kongr. f. Urol. 1913. Zeitschr. f. Urol. Bd. 8. p. 195.
12. Corbus, B. C., A new suprapubic bladder retractor. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 62. p. 1890.
13. Courtade, D., Notions pratiques d'électrothérapie appliquée à l'urologie. Paris, Gittler. (Eingehende Darstellung der physiologischen Wirkung und der therapeutischen Anwendung der verschiedenen Stromarten einschliesslich der Hochfrequenzströme bei Erkrankungen der Harnwege.)
14. Friedmann, L., A simple cystoscope holder. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 62. p. 452. (An Beinhaltern und Tischen anzubringen, mit einer Vorrichtung zum Halten von vier Zentrifugengläsern.)
15. Fromme, Kystoskopische Bilder. Ges. d. Charitéärzte, Berlin. Sitzg. vom 12. Febr. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 40. p. 1402. (Demonstration.)
16. Hammesfahr, Vorrichtung zur Dauerspülung der Blase. Berl. urol. Ges. Sitzg. vom 3. Febr. Zeitschr. f. Urol. Bd. 8. p. 339. (Pezzer-Katheter, dessen Kuppe durch ein dünnes Zuflussrohr durchbohrt ist; weites Abflussrohr mit regulierbarem Abfluss; bewirkt Entfaltung der Blase, ohne dass ein Überdruck entstehen kann, lebhafte Bespülung der Schleimhaut, Wirbelbildung in der Flüssigkeit und konstanten Füllungszustand.)
17. Harnagel, Value and limitations of cystoscopy in diagnosis. Jowa. State Med. Soc. Journ. Washington. Bd. 3. p. 9.
18. Klose, B., Beitrag zur Kystophotographie. Fol. urol. Bd. 8. Nr. 2. (Ermöglichung von Momentaufnahmen.)
19. Kretschmer, H. L., Cystoscopic bladder forceps. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 62. p. 1399. (Kräftige Zange, mit welcher Steine oder Steinfragmente gefasst werden können.)
20. Lohnstein, H., Demonstration eines Urethroskops zur Hochfrequenzbehandlung von Affektionen des Blasenhalses. Berl. urol. Ges. Sitzg. vom 5. Mai. Zeitschr. f. Urol. Bd. 8. p. 517. (Mit Hochfrequenzsonde.)
21. Loumeau, Urinal hypogastrique de jour et de nuit. Soc. de Méd. et de Chir. de Bordeaux. Sitzg. vom 5. Juni. Journ. de Méd. de Bordeaux. Bd. 85. p. 425.
22. Luys, G., Traité de cystoscopie et d'uréthroscopie. Paris, O. Doin.
23. — Importance de la cystoscopie dans le cancer de l'utérus. Revue de Gyn. et de Chir. abdom. 1913. August.
24. Marion, G., Sur la signification du hoquet post-opératoire chez les urinaires. Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. p. 190. (Erwähnt das Auftreten von Singultus nach Operationen an den Harnwegen als Zeichen einer bestehenden Urämie.)
25. — und M. Heitz-Boyer, Traité pratique de cystoscopie et de cathéterisme uréteral. Unter Mitwirkung von P. Gamain. 2 Bände. Paris, Masson et Comp.
26. Moore, H. A., Primary suture of the bladder. Urol. and cut. Rev. 1913. März. (Empfiehlt bei Sectio alta Luftfüllung der Blase, Längsinzision, Zwei-Etagennaht der Blase mit Chromcatgut, Naht der Muskeln und der Faszie mit Catgut und der Haut mit Silkworm.)
27. Noguès, P., Les instruments „conduits". Journ. d'Urol. Bd. 5. p. 779. (Beschreibung der einzelnen Führungsinstrumente für Blasen- und Ureterenkatheter, Lithotrypter etc.)
28. Oelsner, Katheter für Dauerdrainage der Blase. Berl. urol. Ges. Sitzg. vom 3. Febr. Zeitschr. f. Urol. Bd. 8. p. 338. (Enges Zuflussrohr mit weiterem Abflussrohr, das mehrere Lumina hat.)

29. Papin, E., Manuel de cystoscopie. Paris, F. Gittler.
30. Perrier, Ch., Nouvel appareil simple pour cystostomisés. Journ. d'Urol. Bd. 5. p. 199. (Gürtel zur Befestigung des Katheters.)
31. *Rosenstein, P., Ventilbildung an der Harnblase zur Ableitung der Aszitesflüssigkeit. Zentralbl. f. Chir. Bd. 41. p. 373 u. Berl. med. Ges. Sitzg. vom 4. Febr. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 40. p. 408.
32. *Rosner, Die Kystoskopie im Dienste der Diagnose und Indikationsstellung bei Parametritis purulenta. Gyn. Ges. Krakau. Sitzg. vom 28. Jan. 1913. Gyn. Rundschau. Bd. 8. p. 306.
33. Schweinburg, E., Ansatzstück für Katheter. Ärztl. Verein Brünn. Sitzg. v. 24. Nov. 1913. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 27. p. 355. (Zur Ermöglichung des Harnausflusses unter ganz schwachem Druck bei akuter Harnretention und zum Einfluss der Spülflüssigkeit, besonders bei ulzeröser Cystitis anzuwenden.)
34. — E., Eine Katheter-Sperrvorrichtung. Zeitschr. f. Urol. Bd. 8. p. 579. (Ansatzstück für jeden Katheter, um den Ausfluss unter ganz schwachem Druck zu ermöglichen.)
35. Schwenk, A., Ein kystoskopischer Lithotryptor. Zeitschr. f. Urol. Bd. 8. p. 580. (Kombination eines Lithothryptors mit einem Spülkystoskop mit herausziehbarer Optik.)
36. Simpson, J. K., Cystoscope in surgical diagnosis. Southern Med. Journ. Nashville. Bd. 6. Nr. 12.
37. *Stricker, O., Warnung vor Anwendung von Quecksilbersalzlösungen in der Urologie. Wiener med. Wochenschr. Bd. 65. p. 625.
38. Thompson, L., Cystoscope, its use and abuse. Southern Med. Journ. Mobile. Bd. 7. Nr. 10.
39. *Zuckerkandl, O., Über Kystographie. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 1865.
40. — Radiogramme der Blase unter Kollargol- und Luftfüllung. Ges. d. Ärzte Wien. Sitzg. vom 1. Mai. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 27. p. 637. (Demonstration.)

Rosner (32) erwähnt bullöses Ödem der Blasenschleimhaut als Symptom des bevorstehenden Eiterdurchbruchs in die Blase bei eitriger Parametritis.

Zuckerkandl (39) fand bei Blasengeschwülsten die Kystographie der Blase (Röntgenaufnahme nach Kollargolfüllung) als wertvolles Mittel, breitbasig aufsitzende und infiltrierende Tumoren von gestielten zu unterscheiden. Im ersten Falle zeigt der Schattenriss der Blase ein charakteristisches Aussparungsfeld, bei gestielten Geschwülsten und erhaltener Dehnbarkeit der Blasenwand dagegen eine symmetrische, nirgends eingeengte Form.

Cathelin (6) verwirft die Eröffnung der Blase bei Blasentuberkulose, ferner zur Uretersondierung bei offener Blase, was auch von Legueu jetzt verlassen worden ist, bei Blasenpolypen, die mit Hochfrequenzströmen endovesikal zu behandeln sind, und endlich bei Blasensteinen, bei denen die Lithothrypsie ausführbar ist.

Bratrud (3) empfiehlt zur Ausführung der Sectio alta die Lokalanästhesie und die Füllung der Blase mit 1%iger Chinin- und Chlor-Harnstofflösung, ferner vor der Eröffnung der Blase die Behandlung der durchschnittenen Gewebsschichten mit 1% Silbernitrat. Die Blase wird um einen Katheter geschlossen. Bei stark ausgedehnter Blase, wenn die plötzliche Entleerung bedenklich ist, soll eine Aspirationsnadel eingestochen und 24 Stunden liegen gelassen werden.

Colombino (11) tritt bei alten Leuten und bei Blasensteinoperationen an infizierter Blase für die zweizeitige Ausführung der Sectio alta ein, indem er zuerst nach Ausführung des gewöhnlichen Schnittes und Blosslegung der Blase deren Wand an die Bauchwand fixiert und erst nach acht Tagen die Blase eröffnet und drainiert; nach vier Tagen wird der Drain durch Dauerkatheter ersetzt.

Stricker (37) macht unter Mitteilung von vier Fällen von Quecksilbervergiftung nach Spülung der Harnwege mit Quecksilber-Oxyzyanatlösung mit zwei Todesfällen (in einem Falle Vergiftungserscheinungen nach Blasenspülung bei einem 12jährigen Mädchen) auf das nicht zu seltene Vorkommen einer Quecksilber-Idiosynkrasie aufmerksam und warnt grundsätzlich davor, bei Blasenspülungen, Kystoskopie etc. Oxyzyanatlösungen anzuwenden.

Rosenstein (31) bildete in einem Falle von chronischem Aszites durch Leberzirrhose durch Ein- und Umnähen eines Ringes im Blasenscheitel eine Öffnung, unter welcher nach Exzision einer weiteren Zone der Serosa und Muskularis durch Raffnaht eine Schleimhautfalte als Ventil gegen den Rückfluss von Blaseninhalt in die Bauchhöhle hergestellt wurde. Ein Abfliessen der Aszitesflüssigkeit in die Blase wurde erreicht.

3. Missbildungen.

1. Arumugam, T. V., Extroversion of bladder by extraperitoneal transplantation of ureters into the rectum. Brit. Med. Journ. Bd. 1. p. 966. (Gutes funktionelles Resultat mit Kontinenz für 4½ Stunden.)
2. Cotte, G., A propos d'un cas d'exstrophie vésicale. Journ. d'Urol. Bd. 5. p. 187. (Tod an schwerer eitriger, beiderseitiger Pyelonephritis, linksseitiger Pyonephrose und sekundärer Steinbildung.)
3. *Dietlen, M. J., Zur Therapie der Blasenspalte; die Uretero-trigono-sigmoideostomie mit partieller Ausschaltung des Colon sigmoideum. Inaug.-Diss. München 1913.
4. *Dünkeloh, Die Dauerresultate der in der chirurgischen Klinik zu Leipzig operierten Blasenspalten. Freie Vereinigung d. Chir. d. Königreichs Sachsen, Tagung vom 25. Okt. Zentralbl. f. Chir. Bd. 41. p. 519 und Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 129.
5. *Edmunds, A., Ectopia of the bladder. Practitioner. April.
6. *Hagentorn, Ein Beitrag zur Operation der Blasenektopie. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 128. Heft 3/4.
7. Hentchen, Fall von Ectopia vesicae. Schweizer Korrespondenzbl. Nr. 6. (5½jähriges Mädchen mit grosser Spalte der Blase, der Harnröhre und breiter Spaltung der Symphyse.)
8. Jenckel, Blasenektopie. Ärztl. Verein Altona, Sitzg. vom 18. Febr. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 620. (Einjähriges Kind, Maydlsche Operation mit gutem funktionellen Erfolg.)
9. Johnston, J. A., Exstrophy of bladder. Lancet-Clin. Cincinnati. Bd. 111. Nr. 24.
10. Kennedy, D., Ectopia vesicae. R. Ac. of Med. in Ireland. Sect. of Surg. Sitzg. vom 20. Febr. Lancet. Jahrg. 92. Bd. 1. p. 752. (Einpflanzung des Blasenrestes ins Rektum mit vorläufig gutem Erfolg; ein Fall von extraperitonealer Einpflanzung wird in der Diskussion von C. A. Ball erwähnt.)
11. Kielkiewicz, Blasenbildung nebst Bildung einer neuen Harnröhre in einem Fall von Blasenektopie. Przegl. chir. i gin. Bd. 8. p. 225.
12. Morison, A. A., Ectopia vesicae. Edinb. Obstetr. Soc. Lancet. 1913. Bd. 2. p. 1547. (Blasenektopie eines Kindes nach wiederholtem Sturz der Mutter, die selbst keine Verletzung erlitt, in der Schwangerschaft.)
13. *Orban, Ectopia vesicae urinariae. Wissensch. Abende d. Gülhane-Krankenh. Konstantinopel. Dez. 1913. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 40. p. 576.
14. Schliep, Demonstration eines operativ geheilten Falles von Blasenspalte. Berl. Ges. f. Chir. Sitzg. v. 13. Juli. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 51. p. 1436 und Deutsche med. Wochenschr. Bd. 40. p. 1688. (Heilung durch direkte Vereinigung der Spaltränder bei Fissura vesicae superior.)
15. Schmincke, Blasenektopie. Münchn. Ges. f. Kinderheilk. Sitzg. vom 24. April. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 1314. (Zwei Fälle.)
16. Simpson, Th. Y., A case of ectopia vesicae in which the ureters were grafted successfully into the rectum. Brit. Med. Journ. Bd. 1. p. 1228. (Achtjähriges Mädchen, gutes funktionelles Resultat mit mehrstündiger Kontinenz.)

Edmunds (5) erklärt bei Blasenektopie alle plastischen Methoden für unbefriedigend und bevorzugt die intraperitoneale Einpflanzung des ganzen Blasenbodens mit den Ureteren in die Wand der Flexur.

Dünkeloh (4) berichtet über fünf Fälle von nach Thiersch ausgeführten Plastiken bei Blasenspalte mit drei guten Erfolgen, einem Misserfolg und einem Fall von Zurückbleiben einer Fistel. Die Dauererfolge sind günstig, ein Fall starb 40 Jahre nach der Operation an Blasenkarzinom.

Dietlen (3) beschreibt einen von Madlener operierten Fall von Ectopie, bei welchem das Trigonum in eine ausgeschaltete Schlinge der Flexur eingepflanzt und der orale Schenkel des Colon sigmoideum nicht durchtrennt, sondern abgebunden wurde. Heilung.

Hagentorn (6) benützt bei Blasenektopie zur Neubildung der Blase eine nebst Mesenterium abgetrennte isolierte Dünndarmschlinge entsprechend der Anastomose der Art. ileocolica und dem Hauptstamm der Art. mesenterica, die er durch einen Spalt im M. rectus dexter durchzieht; die Blasenteile werden nach vorheriger Mobilisierung vereinigt und die Bauchdeckenplastik ausgeführt.

Orban (13) pflanzte bei Blasenektopie mit günstigem Erfolge die Ureterenplatte in die durch Enteroanastomose verbundene S Romanum-Schlinge, wobei an dem zentralen

Ende der Schlinge dicht hinter der Anastomose durch Faltenbildung eine Knickung zum Zweck der Freihaltung der Schlinge gegen Koteintritt geschaffen wurde.

4. Neurosen und Funktionsstörungen.

1. *Altschul, W., Röntgenuntersuchungen bei Enuresis nocturna. Verein deutscher Ärzte in Prag. Mai. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 51. p. 1652 und Prager med. Wochenschr. Bd. 39. p. 399.
2. Box, C. R., Hypertrophy of the bladder. R. Soc. of Med. Clin. Sect. Sitzg. vom 8. Jan. Brit. Med. Journ. Bd. 1. p. 147. (Mit Polyurie und Polydipsie.)
3. *Boxwell, Incontinence of urine in nervous disease. R. Acad. of Med. in Ireland. Sitzg. vom 27. März. Brit. Med. Journ. Bd. 1. p. 861.
4. *Cahier, Sur le traitement de l'incontinence nocturne d'urine par les injections périnéales de sérum. Presse méd. Nr. 36.
5. *Czapek, A., und S. Wassermann, Die akute Harnverhaltung, eine wenig beobachtete Wirkung des Morphins. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 40. Nr. 31.
6. Day, G. H., Contracture of neck of bladder. Kentucky Med. Journ. Bd. 11. Nr. 23.
7. *Deaver, T. L., Chronic retention of urine; twenty-eight years of catheterization. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 62. p. 1012.
8. De Bovis, Inkontinenz und Prolaps. Sem. méd. Nr. 23. (Empfiehlt die Kolpotomia anterior zur Behandlung der einfachen Inkontinenz.)
9. *Freeman, W. T., Epidural injections. Brit. Med. Journ. Bd. 1. p. 1237.
10. *Fronstein, R., Zur Ätiologie der Enuresis nocturna. R. Wratsch. Nr. 9.
11. Gatti, L., Familiäre Enuresis. Gaz. degli Osp. e d. clin. Bd. 25. Nr. 35.
12. *Hamonic, P., Harnretention infolge von Vulvismus. XXVII. franz. Urol.-Kongr. 1913. Zeitschr. f. Urol. Bd. 8. p. 194.
13. *Hirschfeld, B., Die Blasenschwäche des Weibes. Med. Klinik. Bd. 10. Nr. 30.
14. *Janneret, M., L'incontinence d'urine chez la femme dans ses rapports avec le prolapsus de la paroi vaginale antérieure. Lausanne 1913. Ch. Pache.
15. *Kagan, B., Contribution à l'étude des troubles vésicaux d'origine génitale chez la femme en dehors de la grossesse. Thèse de Paris. 1913. Nr. 159.
16. *Kelly, H. A., und W. M. Dumm, Urinary incontinence in women, without manifest injury to bladder. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 18. Nr. 4.
17. Le Filiatre, Enorme fibrome utérin ayant causé des métrorragies abondantes et de gros troubles vésicaux. Bull. et Mém. de la Soc. anat. de Paris. 1913. Nr. 8. (Starke Verziehung der Blase bis oberhalb des Nabels; anfangs Pollakiurie, dann partielle und zuletzt totale Inkontinenz. Bei der Hysterektomie wurde die hintere Blasenwand, um das Volum zu verringern, gerafft. Später normale Funktion.)
18. Marschner, Zwei Fälle von Myomen, die zu wiederholter Harnverhaltung führten. Gyn. Ges. Dresden. Sitzg. vom 27. Nov. 1913. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 342.
19. *Moore, N. W., Enuresis in children. Kentucky State Med. Assoc. 64. Jahresvers. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 63. p. 1417.
20. *Pleschner, H. G., Bericht über die urologische Abteilung der II. k. k. chir. Universitätsklinik in Wien (Vorstand Hofrat Prof. Dr. J. Hochenegg). Wiener klin. Wochenschr. Bd. 27. p. 427.
21. *Raudnitz, R. W., Myelodysplasie mit Enuresis. Wissensch Ges. deutscher Ärzte in Böhmen. Sitzg. vom 5. Dez. 1913.
22. *Scharnke, Enuresis und Spina bifida occulta. Strassburger militärärztl. Ges. Sitz. vom 2. Febr. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 40. p. 1292.
23. Stacy, E., Case of nocturnal incontinence. Assoc. of reg. med. Women. Sitzg. vom 8. Jan. Brit. Med. Journ. Bd. 1. p. 199. (Heilung eines Falles durch Massage der Urethra in drei Wochen.)
24. Stellwagen, T. C., Retention of urine and its treatment. Pennsylvania State Med. Journ. Athens. Bd. 18. Nr. 1.
25. *Thies, J., Ersatz des Blasenschliessmuskels durch Muskelplastik. Med. Ges. Leipzig. Sitzg. vom 9. Dez. 1913. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 40. p. 516.
26. Uberet, Incontinentia urinae und Prolapsus vaginalis. Gyn. Helvetica. Frühjahrsausgabe.
27. *Van der Bogert, Enuresis and chronic digestive disturbances. New York State Journ. of Med. 1913. Dez.

28. Vecki, V. G., Psychotherapy in Urology. California State Journ. of Med. San Francisco. Bd. 12. Nr. 9.
29. Wheeler, C. L., Atony of bladder. Kentucky Med. Journ. Bd. 11. Nr. 23.
30. *Worrall, R., Eine Operation bei Urininkontinenz. Journ. of Obst. and Gyn. of Brit. Emp. Bd. 24. Nr. 4.

Boxwell (3) leugnet die Existenz eines spinalen Blasenzentrums und verlegt das Zentrum für die Blasenbewegungen in den Nervenplexus des Beckens.

Hirschfeld (13) erzielte bei Blasenatonie durch lokale Anwendung von Fibrolysin (Einführung in die Harnröhre) in drei Fällen günstige Wirkung.

Kagan (15) zählt als Blasenstörungen von seiten der Genitalien (besonders des Uterus, seltener der Appendizes) Pollakiurie, Blasenschwäche, Dysurie, Retention, echte und falsche Inkontinenz und Hämaturie auf. Untersuchung durch Kystoskop notwendig.

Kelly und Dumm (16) empfehlen bei der bei Frauen im mittleren Alter, besonders bei Mehrgebärenden auftretenden Inkontinenz, wenn die nicht operative Therapie erfolglos bleibt, die Verstärkung des Blasensphinkters durch Naht des zerrissenen oder gedehnten Muskelgewebes am Blasenhals nach Freilegung und Mobilisierung des Blasenhalses. Das Muskelgewebe wird über einem eingeführten Katheter mit 2—3 queren Matratzennähten vereinigt und die Scheidenschleimhaut darüber genäht.

Janneret (14) erklärt als häufigste Ursache der relativen oder partiellen Inkontinenz den Vorfall des Septum urethro-vaginale, indem wegen Fixation der vorderen Harnröhrenwand an die Symphyse die hintere Harnröhrenwand nach abwärts gezogen und die Harnröhre trichterförmig geöffnet wird. Zur konservativen Behandlung werden einfach gebogene Pessare, adstringierende Harnröhreninjektionen, Massage und Gymnastik des Dammes, zur operativen Behandlung die T-förmige Kolporrhaphia ant. nach Muret, häufig zu kombinieren mit Hysteropexie und Perineorrhaphie vorgeschlagen.

Thies (25) ersetzte bei völliger Inkontinenz infolge Blasenscheidenvorfalls und nach erfolgloser plastischer Verwendung der Mm. pyramidales den Blasensphinkter mit gutem Erfolg durch einen Streifen aus dem M. rectus.

Worrall (30) führt die partielle Inkontinenz Mehrgebärender auf die Verlagerung der Harnröhre und den Verlust ihrer normalen Krümmung zurück und empfiehlt zur Beseitigung die Exzision eines rhomboidalen Schleimhautlappens aus der vorderen Vaginalwand mit bogenförmiger Umschneidung der Urethralmündung. Vernähung mit doppelter Nahtlinie und Vereinigung der bogenförmigen, die Urethralmündung umgreifenden Wundränder, wodurch eine Hebung der Harnröhre nach dem Arcus pubis und eine Krümmung derselben bewirkt wird. Zwei mit Erfolg operierte Fälle.

Hochenegg (siehe Pleschner 20) empfiehlt bei Inkontinenz bei Frauen die Caspersche Sphinktertrennung (zwei Fälle).

Altschul (1) fand unter 25 Enuresisfällen nur fünfmal eine Verkümmerung der Dornfortsätze und Verschmälerung der Wirbelbogen.

In der Diskussion führen Raudnitz, Sträussler und Hilgenreiner Beweise für den ursächlichen Zusammenhang von Enuresis und Myelodysplasie an und Götzl macht auf die Balkenblase als weitere Begleiterscheinung der Myelodysplasie aufmerksam.

Cahier (4) empfiehlt Injektion von bis zu 200 ccm Kochsalzlösung in die Dammgegend, die in einer grossen Zahl von Fällen Heilung bewirken soll.

Freeman (9) erklärt die epiduralen Injektionen für die beste Behandlungsmethode der Enuresis nocturna und diurna, jedoch muss die Injektionsflüssigkeit wirklich in den Hiatus gelangen; nach der Injektion soll ausserdem das Fussende des Bettes höhergestellt werden.

Fronstein (10) erklärt die Enuresis nicht für eine selbständige Erkrankung, sondern für Folge anderer Zustände, z. B. Atonie der Blase, Spina bifida occulta, Hypertrophie der Rachenmandel, Adenoide etc.

Moore (19) verlangt für die Enuresis Kausalbehandlung, namentlich diätetische je nach der übermässig sauren oder alkalischen Reaktion des Harns, bei Infektionen Harnantiseptika, ausserdem längeren Gebrauch von Belladonna.

Raudnitz (21) bestreitet die Deutung der Enuresis als monosymptomatische Hysterie, da es eine Reihe verschiedener Ursachen von Enuresis gibt.

Scharnke (22) glaubt, dass bei Kindern mit Enuresis höchstens 50%, bei Erwachsenen dagegen etwa zwei Drittel auf Myelodysplasie (Spina bifida occulta, Hypoplasie und Dysplasie im untersten Teil des Rückenmarks oder der Cauda equina) zurückzuführen sind.

In der Diskussion erwähnt Riedel vier Enuresisfälle, von denen zwei Rachischisis sacralis totalis und partialis zeigten.

Van der Bogert (27) sieht die Ursache der Enuresis in Verdauungsstörungen und empfiehlt dementsprechend diätetische Behandlung.

Czapek und Wassermann (5) machen auf die durch Sphinkterkrampf bewirkte Harnretention aufmerksam, die durch therapeutische Morphiumdosen hervorgerufen werden kann, und glauben auch einen Teil der postoperativen Fälle von Harnverhaltung auf Morphium zurückführen zu sollen. Opium und Pantopon haben diese Wirkung nicht.

Deaver (7) berichtet über einen Fall von chronischer Harnretention von 28jähriger Dauer, seit dem 14. Lebensjahre bestehend. Die Kranke hatte in dieser Zeit niemals spontan uriniert, sondern war immer katheterisiert worden; es bestand leichte chronische Cystitis und die Kapazität der Blase betrug nur etwa 80 ccm. Durch Sectio alta und Drainage der Blase mit allmählicher Dehnung der Blasenwand mittelst Abklemmung des Drainagerohrs wurde die Kapazität immer grösser und die Hypertrophie der Blasenwandung bildete sich zurück. Vollständige Heilung.

Hamonic (12) empfiehlt bei Harnretention infolge von Vulvinismus (Vaginismus) die teilweise, doppelseitige Resektion des Constrictor vulvae.

5. Blasenblutungen.

1. Bruni, C., Lésions de la muqueuse vésicale vues au cystoscope dans la purpura hémorrhagique. Journ. d'Urol. Bd. 5. p. 57. (Bedeckung der Blasenschleimhaut mit kleineren und grösseren roten und bläulichroten Flecken; Purpura an Armen und Beinen.)
2. Dialti, G., Hämaturie durch Blasenvarizen. Policlinico. Bd. 21. Sez. chir. Nr. 5.
3. *Lohnstein, H., Erste Hilfe bei Blutungen der Harnwerkzeuge. Arch. f. Rettungswesen und erste ärztliche Hilfe. Bd. 1. Heft 2.

Lohnstein (3) empfiehlt bei Blasenblutungen infolge von Verletzungen der Unterbauchgegend und maximaler Füllung der Blase als erste Hilfe eine Blasenpunktion mit nicht zu dünnem Troikar. Bei stärkeren Blasenblutungen infolge von Tuberkulose, Papillom etc. mit Vorlagerung von Blutgerinnseln ist schnelle Entleerung des Harns eventuell mit Aspirationsspritze und Verbringung in eine Krankenanstalt notwendig. Bei Abwesenheit von Blutgerinnseln sind Blasenspülungen von 40—50° und Silbernitrat (1‰) oder Antipyrin- (10%) oder Adrenalin-Lösung (1‰) am Platze, ausserdem innerlich Sekalepräparate.

6. Cystitis.

1. *Blum, V., Über Purpura vesicae und deren Folgezustände (Ulcus simplex vesicae pepticum). Wiener med. Wochenschr. Bd. 64. p. 566 und IV. Kongr. d. deutsch. Ges. f. Urol. 1913. Zeitschr. f. Urol. Bd. 8. 1. Beiheft. p. 312.
2. *Cealic, M., und V. Ceocalteu, Sur un cas de pneumaturie. Journ. d'Urol. Bd. 5. p. 545.
3. *Cifuentes, Behandlung der chronischen Cystitis durch Joddämpfe. Span. Med.-Chir. Acad. Sitzg. vom 15. Dez. 1913. Revue de Chir. Bd. 49. p. 715.
4. *Cimino, T., Ausgedehnte Holzphlegmone des Cavum Retzii, eine Neubildung der Blase vortäuschend. Operation, Heilung. Atti d. R. Acc. delle Scienze med. di Palermo. Sitzg. vom 26. April 1913. Ref. Journ. d'Urol. Bd. 5. p. 351.
5. *Dopter, Behandlung der chronischen Cystitis. Paris méd. 23. Mai.
6. *Ertl, Ischuria postoperativa. Ärzteverein Oberösterreich. Sitzg. vom 3. Juli 1913. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 27. p. 495.
7. *Farnarier, Die Behandlung der rebellischen Cystitis. Arch. urol. de la clinique de Necker. Bd. 1. Heft 3
8. *Ferrari, E., und G. Nicolich, Malacoplachia della vescica (Hansemann). Fol. urol. Bd. 8. Nr. 11.
9. *François, J., La cystite incrustée. Journ. d'Urol. Bd. 5. p. 35.
10. *Furniss, H. D., Cystitis colli or trigonitis. Med. Soc. of the State of New York. 108. Jahresvers. New York. Med. Journ. Bd. 99. p. 1160.

11. *Gayet, G., und Favre, Contribution à l'étude de la syphilis vésicale. Journ. d'Urol. Bd. 6. p. 35
12. *Grünbaum, C., Hexal, ein neues Blasenantiseptikum. Klin.-therap. Wochenschr. p. 648.
13. Hedlund, Fall von Ischuria paradoxa. Svensk. Läkaresällsk. Handl. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 237. (Durch ausgedehnte Adhäsionen an der vorderen Bauchwand; Besserung nach Lösung der Adhäsionen.)
14. Henkel, Retroversio uteri gravidi fixata. Naturw.-med. Ges. Jena. Sitzg. vom 13. Nov. 1913. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 40. p. 264. (Schwere eitrige Cystitis und Ischuria paradoxa.)
15. *Levy-Bing und Dureux, Syphilis de la vessie. Revue clinique d'Urol. p.633. Ref. Zeitschr. f. Urol. Bd. 8. p. 425.
16. Loumeau, Fistulisation de la vessie pour cystite particulièrement rebelle. Soc. de Méd. et de Chir. de Bordeaux. Sitzg. v. 26. Juni. Journ. de Méd. de Bordeaux. Bd. 85. p. 457. (Langjährige intensive Cystitis mit sekundären Phosphatablagerungen; schliesslich erhebliche Besserung durch Anlegung einer suprasymphysären Fistel.)
17. *Mc Donald, St., Malakoplakia. Path. Soc. of Great Britain and Ireland. Jan. Brit. Med. Journ. Bd. 1. p. 144.
18. *— und W. T. Sewell, Malakoplakia of the bladder and kidneys. Journ. of Path. and Bact. Cambridge. Bd. 18. Nr. 3
19. Nelken, A., Cystitis — an over-worked diagnosis. New Orleans Med. and Surg. Journ. Bd. 67. Nr. 5.
20. *Nowicki, Harnblasenemphysem. Virchows Arch. Bd. 215. Heft 1.
21. Parry, T. W., Fistulous opening between the sigmoid flexure and the bladder. North London Med. and Chir. Soc. Sitzg. vom 2. April. Lancet. Jahrg. 92. Bd. 1. p. 1113. (Kolicystitis. Operation: Trennung von Mastdarm und Blase, Naht, Heilung.)
22. *Pascual, Behandlung der chronischen Cystitis mit Joddämpfen. Span. med.-chir. Acad. Sitzg. vom 22. Dez. 1913. Revue de Chir. Bd. 49. p. 715.
23. *Pasteau, O., Die Kystoskopie bei der Pericystitis adnexiellen oder appendikulären Ursprungs. Revue mens. de gyn., d'obst. et de péd. 1913. Nov.
24. Pike, J. B., Perforation of bladder from chronic ulceration, with secondary appendicitis. Practitioner. London. Bd. 93. Nr. 2.
25. *Russ, Ch., A new method of treating chronic coli-cystitis and other bacterial infections. Lancet. 92. Jahrg. Bd. 1. p. 447 u. 715.
26. Schill, O., Zur Ätiologie und Therapie der Cystitis. Inaug.-Diss. Freiburg 1913. (Referierende Darstellung.)
27. *Schiller, Retroversio uteri gravidi. Gyn. Ges. Breslau. Sitzg. vom 28. Okt. 1913. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 140.
28. *Schmidt, H., Ein Beitrag zur Malakoplakiefrage der Harnblase. Frankf. Zeitschr. f. Path. Bd. 14. Heft 3.
29. *Sfakianakis, Über Vesicaesan in der Frauenpraxis. Med. Klin. Bd. 10. p. 727.
30. Strong, R. A., Clinical significance of ammoniacal urine in infants and young children. Mississippi Med. Monthly. Vicksburg. Bd. 19. Nr. 3.
31. *Studdiford, W. E., Gynecological conditions due to the bacillus coli. Med. Soc. of the Counthy of New York. Sitzg. vom 25. Mai. Amer. Journ. of Obst. Bd. 70. p. 489.
32. Stutzin, Wie muss ich mich verhalten, um meinen Urologischkranken nicht zu infizieren? Med. Klinik. Bd. 10. p. 774. (Vorschriften für Asepsis bei Katheterismus und Blasenspülungen.
33. *Teleky, D., Intermittierende Reizblase bei Retroflexio uteri. Zeitschr. f. Urol. Bd. 8. p. 785.
34. Tennant, C. E., Methods of invasion of urinary bladder. Colorado Med. Denver. Bd. 11. Nr. 7.
35. Vinson, J. C., Cystitis — Symptom; report of cases. Florida Med. Assoc. Journ. Jacksonville. Bd. 1. Nr. 2.
36. *Wetzel, Malakoplakie der Harnblase. Virchows Arch. Bd. 214. Heft 3.

Studdiford (31) hebt die Häufigkeit der Koliinfektion der Harnwege nach gynäkologischen Operationen hervor.

Furniss (10) unterscheidet nicht-entzündliche und entzündliche Affektionen des Blasenhalses, die ersteren bewirkt durch Retroversio uteri, Beckengeschwülste, Cystocele oder Kongestionszustände anderer Art. Als die hauptsächlichsten Infektionsarten werden

Gonorrhoe und Koliinfektion genannt. Er empfiehlt Lokalbehandlung mit 3—8% Silbernitratlösungen. In der Diskussion verlegt Pilcher diese Affektionen mehr in die Urethra als in die Blase selbst.

Cealic und Ceocalteu (2) beschreiben einen 2 μ langen, leicht polymorphen Bazillus als Ursache einer Pneumaturie, der alle morphologischen und biologischen Eigenschaften eines virulenten Kolibacillus hatte und noch nach drei Monaten die Fähigkeit der Gasentwicklung besass.

Nowicki (20) beschreibt einen Fall von zahllosen gashaltigen Bläschen in der Mukosa und Submukosa, teilweise auch in der Muskularis und unter der Serosa der Blase, die sich zum Teil in Gefässspalten fortsetzten; sie werden als von Rissspalten des Gewebes entstanden abgeleitet, sie haben keine Endothelauskleidung und das Gas wird auf die Tätigkeit von Bakterien zurückgeführt. Ausserdem werden angelagerte Riesenzellen beschrieben, die aus dem Zusammenfluss von Lymphozyten zu deuten sind.

François (9) versteht unter inkrustierter Cystitis mehr oder weniger lokalisierte, besonders im Trigonum sitzende Ulzerationen mit Ablagerung von Phosphaten, die sich fast stets an eine chronische, selten an eine akute Cystitis anschliessen. Ein wichtiges, aber keineswegs konstantes Symptom ist die Ausscheidung von kalkartigen Platten und Konkretionen, ferner die bei der übrigens schwer auszuführenden Kystoskopie festzustellende Multiplizität der disseminierten Inkrustationen, deren Umgebung intensive Entzündungserscheinungen zeigt. Die Prognose ist ernst wegen der Gefahr aszendierender und perivesikulärer Infektion. Eine Spontanheilung ist ausgeschlossen, ebenso eine Beeinflussung durch innere Mittel. Das beste Mittel ist die Ausschabung entweder per urethram oder noch sicherer von hohem Blasenschnitt aus.

Blum (1) beschreibt unter dem Namen Purpura vesicae die bisher als Cystitis haemorrhagica bezeichnete akute, im Anschluss an eine akute Erkältungsaffektion der Schleimhäute (Schnupfen, Influenza, Angina) oder an eine Intoxikation mit kurzer Fieberattacke und heftigem Harndrang mit Dysurie und Strangurie einsetzende Entzündungsform, die sich durch das Auftreten multipler kleiner Blutungen oder einer grösseren Einzelblutung in die Blasenschleimhaut ähnlich der Purpura haemorrhagica oder rheumatica charakterisiert. Die Erkrankung tritt zu bestimmten Zeiten gehäuft auf. Unter günstigen Umständen können die Schleimhautblutungen resorbiert werden und das Krankheitsbild bildet sich dann rasch zurück, in der Regel aber verwandelt sich die Blutung in eine hämorrhagische Erosion, später in eine oberflächliche oder tiefe Ulzeration, die zur Perforation der Blase führen kann. Jede „spontane" Blasenulzeration ist aus einer hämorrhagischen Läsion hervorgegangen. Die Entstehung des Ulcus simplex aus einer intra- oder submukösen Blutung ist durch die peptischen Eigenschaften des Harns zu erklären und es besteht eine weitgehende Ähnlichkeit mit dem Ulcus des Magens. Die Behandlung besteht beim beginnenden Ulcus vesicae ausser in der üblichen Harndesinfektion und lokalen Massnahmen in der Alkalisierung des Harns. In jedem Falle von Purpura ist, um der Bildung eines Ulcus vorzubeugen, der Harn alkalisch zu erhalten.

Ertl (6) führt die postoperative Ischurie auf eine lokale Läsion ernährender Gefässe oder Nerven der Blasenwand oder auf direkte Schädigung der Blasenwand bei der Operation zurück und empfiehlt als sehr günstig auf die Blasenentleerung wirkendes Mittel das Euphyllin, dessen Einwirkung auf Verstärkung der Diurese und auf dem Harnschwall beruht, der die Blase mechanisch zur normalen Entleerung bringt.

Ferrari und Nicolich (8) leugnen die tuberkulöse Natur der Malakoplakie und erklären sie als Granulomentwicklung infolge von Harninfiltration in der beschädigten oder in der Resistenz herabgesetzten Schleimhaut. Der beschriebene Fall betrifft eine 30jährige Kranke mit Schmerzen in der linken Bauchseite und Pyurie; kystoskopisch fanden sich blassgelbe, wachstropfenartige Erhöhungen. Die Sektion ergab die gleichen Plaques auf der Schleimhaut der Nierenbecken und Harnleiter.

Mc Donald (17, 18) beschreibt einen Fall von Malakoplakie der Blase, der Ureteren und Nierenbecken ohne klinische Erscheinungen bei einer 24jährigen Frau. Die Zelleinschlüsse werden für Degenerationsprodukte gehalten.

Schmidt (28) beschreibt in der Blase eines gestorbenen Geisteskranken fleckförmige, gelb durchscheinende Erhebungen, die durch Streptokokken bewirkte akute Entzündung mit Nekrose erkennen liessen. Solche akute Prozesse könnten die einleitenden Vorgänge zu einer späteren Malakoplakie darstellen.

Wetzel (36) beschreibt bei Malakoplakie der Blase Proliferationsvorgänge in Mukosa und Submukosa mit oberflächlichem Zerfall, Rundzelleninfiltration und Bildung follikulärer

Noduli; die grossen Zellen werden als hochgradig veränderte, der Nekrose verfallene Elemente verschiedener Herkunft bezeichnet.

Schiller (27) erwähnt einen Fall von Divertikelbildung der Blase bei Retroversio uteri gravidi. In der Diskussion erwähnt Asch einen gleichen Fall, in dem die Blase an Ausdehnung zunahm, obwohl täglich katheterisiert wurde. Küstner führt die Dysuria paradoxa bei Retroflexio uteri gravidi nicht auf Kompression und Zerrung der Urethra, sondern auf die Deformation der Blase zurück, welche eine vollständige Zusammenziehung nicht gestattet.

Teleky (33) beschreibt bei Retroflexio uteri prämenstruelle Reizerscheinungen der Blase — Pollakiurie mit stark gesteigertem Harndrang —, die auf die prämenstruelle Hyperämie des Trigonum zurückgeführt wird. Zu dieser Erscheinung disponiert die angeborene Retroflexio, bei der die Cervix uteri die Blasenwand in der Gegend des Trigonum stark vorwölbt und ihr unmittelbar anliegt, viel mehr als die erworbene. Die Behandlung ist eine diätetische und besteht besonders in der Sorge für regelmässige Darmentleerung.

Gayet und Favre (11) beschreiben an der Hand von drei Fällen als Erscheinungen tertiärer Blasensyphilis: umgrenzte ödematöse Infiltration in der Gegend des Blasenhalses und im hinteren Teil der Harnröhre, im zweiten Stadium Schleimhautschwellungen, die die Fläche der Blasenwand überragen und sehr stark vaskularisiert und blaurot gefärbt sind, mit papillomatösen Exkreszenzen an den Grenzen der erkrankten Schleimhaut, endlich im dritten Stadium ausgedehnte Ulzerationen und nekrotische Gewebsfetzen bei im übrigen sehr stark vaskularisierter Schleimhaut. Klinisch bestehen Hämaturie und Miktionsschmerzen.

Levy-Bing und Dureux (15) stellen fest, dass syphilitische Ulzerationen der Blasenschleimhaut für sich allein oder mit Lues der Haut oder anderer Schleimhäute zugleich vorkommen. Sie zeigen ausser subjektiven Beschwerden besonders Hämaturie, wobei von Wichtigkeit ist, dass ausser dem Blute sich keine abnormen Beimengungen im Harn finden. Die Heilung erfolgt rasch bei antiluetischer Behandlung. Bei geschwürigen Prozessen der Blasenschleimhaut soll stets an Lues gedacht werden. Einen Schanker der Harnblase gibt es nicht.

Pasteau (23) fand bei Cystitis durch Adnexentzündung und Appendizitis kystoskopisch eine zirkumskripte, diffuse Rötung, anfangs mit sichtbaren Gefässästen und ein Ödem, das später bullös wird; nach einigen Tagen bricht ein pericystitischer Abszess in die Blase durch, dessen Perforationsöffnung bei nicht zu starkem Ödem gesehen werden kann. Nach der Abheilung entsteht eine weisse, wenig vaskularisierte, von einem Venennetz umgebene Stelle.

Cimino (4) beschreibt eine ausgedehnte Holzphlegmone im Cavum Retzii, welche 48 Stunden nach der Entbindung unter heftigen Schmerzen spontan entstanden war. Unter Annahme eines Blasentumors sollte die Sectio alta gemacht werden, jedoch ergab sich nach Spaltung der Bauchhaut ein ausgedehnter, die Blase halbmondförmig umgebender Abszess. Der Eiter enthielt Staphylo- und Streptokokken. Drainage, Heilung.

Behandlung der Cystitis.

Russ (25) schlägt vor, die Ansammlung von Mikroorganismen am positiven Pol in einer ClNa-Lösung und die Tötung derselben durch den Strom zur Behandlung der Colicystitis zu benützen. Die Blase wird mit ClNa-Lösung gefüllt und die Anode eingeführt. Die Wirkung des Stroms besteht in einer Formveränderung der Bazillen (Verlängerung und Verschmächtigung) und in einer Verringerung ihrer Virulenz. In einer Anzahl von Fällen wurden gute Resultate erzielt. Auch in einem Falle von nicht lange bestehender gonorrhoischer Cystitis wurde Heilung erzielt, in einem Falle von alter Gonorrhoe versagte die Behandlung.

Cifuentes (3) hebt die überaus günstige Wirkung der Blasenfüllung durch Joddämpfe bei Behandlung der Cystitis hervor. Zur Entwicklung der Joddämpfe wird Jodoform benützt, dessen Dämpfe mittelst Katheter und Spritze zweimal in der Woche injiziert werden; die Dämpfe sollen 1—3 Minuten in der Blase belassen werden. Die Kapazität der Blase hebt sich rasch.

Farnarier (7) teilt neue Fälle mit von Behandlung hartnäckiger Cystitiden mit Joddämpfen (siehe Jahresbreicht Bd. 26, p. 342); von 32 Fällen wurden 11 geheilt und 12 gebessert.

Pascual (22) bestätigt die günstige Wirkung der Joddämpfe bei chronischer Cystitis, aber auch bei akuter. In der Diskussion bezweifelt Pulido das Eindringen der Joddämpfe in die tieferen Schleimhautschichten.

Citron (b. 21) empfiehlt das Yatren als mildes Antiseptikum für die Blase und erzielte durch Injektion 90%iger Lösungen erhebliche Besserung bei hartnäckiger Cystitis und Linderung bei Blasentuberkulose. Reizerscheinungen oder Intoxikationen treten nicht auf.

Grünbaum (12) empfiehlt bei akuter Urethralgonorrhoe und Cystitis den inneren Gebrauch des Hexals, das die Heilungsdauer abkürzt und ein Aufsteigen der Infektion verhindern soll.

Sfakianakis (29) fand bei postoperativer und gonorrhoischer Cystitis das Vesicaesan (aus den frischen Blättern der Bärentraube gewonnen und in Pillenform hergestellt) von prompter Wirkung.

Dopter (5) beobachtete rasche Heilung chronischer Cystitis nach Anwendung von Cruveilhiers sensitiver Antigonokokkenvakzine.

7. Blasentuberkulose.

1. *Baldwin, L. G., A preleminary report of a case of primary tuberculosis of the bladder. New York Obst. Soc. Sitzg. vom 9. Dez. 1913. Amer. Journ. of Obst. Bd. 69. p. 488.
2. Fischer, Totale Verkäsung der Blasenschleimhaut mit vollständiger Isolierung beider Ureteren und des Lig. interuretericum. Ärztl. Verein Frankfurt a. M. Sitzg. vom 16. März. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 1091.
3. *Heitz-Boyer, M., La cystoscopie dans la tuberculose vésicale. Journ. d'Urol. Bd. 5. p. 755
4. *— Traitement endoscopique de la tuberculose vésicale par les courants de haute fréquence. Journ. d'Urol. Bd. 5. p. 155.
5. *Key, E., Exclusio vesicae bei schwerer Blasentuberkulose. Nord. med. Arch. Bd. 46. Chir. Sekt. Nr. 3.
6. *Newman, D., Tuberculosis: renal and vesical cystoscopic appearences in the early stages demonstrated by the projectoscope. Med. Journ. 1913. Okt. Ref. Zeitschr. f. Urol. Bd. 8. p. 494.
7. *Normand, J. N., Contribution au traitement des cystites tuberculeuses et des tuberculoses vesicales par l'enfumage jodé. Journ. d'Urol. Bd. 5. p. 271.
8. *Perrier, C., Hochgradige Retraktion der Blase bei Blasentuberkulose. Revue méd. de la Suisse Rom. Jan.
9. Sachs, Tuberculosis vesicae. Nordostdeutsche Ges. f. Gyn. Sitzg. vom 20. Juni. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. p. 317. (Zahlreiche linsengrosse, nicht ulzerierte Knötchen in der ganzen Blase, auch am Blasenscheitel bei Lungentuberkulose.)
10. *Vinay, Traitement des cystites tuberculeuses par les injections des bacilles lactiques. Bull. et Mém. d. l. Soc. de Chir. de Paris. p. 655.
11. *Weiss, H., Ein mit Lecutyl (Kupfer-Lezithin) geheilter Fall von Blasentuberkulose. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 1558.

Baldwin (1) beschreibt einen Fall von dollargrossem tuberkulösem Geschwür am Blasenscheitel mit Reizung des Trigonum, aber Fehlen von Entzündungserscheinungen an den Uretermündungen. Das Geschwür wurde nach Sectio alta energisch galvano-kauterisiert und der Impfversuch mit Blasenharn ergab Tuberkulose. Da die Nieren normal befunden wurden (Röntgenaufnahme; der linke Ureter konnte aber nicht katheterisiert werden), wurde der Fall als primäre Blasentuberkulose gedeutet.

In der Diskussion bezweifeln Furniss, Grad und Vineberg die Beweiskraft dieses Falles und Polak erwähnt einen Fall von sicher primärer Blasentuberkulose mit Geschwürsbildung hinter der Uretermündung bei einem jungen Mädchen.

Newman (6) beschreibt einen Fall beginnender Blasentuberkulose, der zunächst starke Anämie der Schleimhaut, dann ein verwaschenes Bild zeigte; darauf folgte Dilatation der Gefässe und Hyperämie, dann Aufschiessen ganz kleiner, anfangs durchsichtiger Knötchen, die allmählich opak wurden und unter Anschwellen der Gefässe der Umgebung unter Bildung von roten Ringen verkäsen; schliesslich erfolgt Nekrotisierung der Schleimhaut und Geschwürsbildung.

Heitz-Boyer (3) beschreibt die kystoskopischen Veränderungen bei Blasentuberkulose: Granulationen, Ulzerationen, ekchymotische Plaques, Veränderungen der Harn-

leitermündungen, wie Blutaustritte, Exulzerationen, Kratergeschwüre, bullöses Ödem, Sklerose. Die Beschreibung wird durch vorzügliche Abbildungen illustriert.

Key (5) empfiehlt bei schwerer Blasentuberkulose die Exklusion der Blase, entweder durch Einpflanzung der Ureteren in den Darm oder durch permanente Ureterostomie oder durch Nephrostomie; das Leben wird durch die Operation nicht verlängert, aber die Schmerzen werden beseitigt.

Perrier (8) beobachtete bei Blasentuberkulose eine so hochgradige Retraktion der Blase, dass nur eine Fingerspitze mit Mühe in die Blase eingeführt werden konnte. Da ein Dauerkatheterismus per urethram nicht möglich war, wurde die Blase durch Naht geschlossen und Dauerdrainage durch die suprapubische Blasenöffnung bewirkt.

Heitz-Boyer (4) behandelte tuberkulöse exulzerierte Cystitis, die nach der Nierenoperation nicht zur Heilung kam, mittelst Hochfrequenzströmen und teilt einen günstig verlaufenen Fall mit.

Normand (7) erzielte bei der Behandlung der Blasentuberkulose mit Joddämpfen zwar nur in einzelnen Fällen Heilung, dagegen in den meisten Fällen aber erhebliche Besserung und Beseitigung der intensiven lokalen und nervösen Beschwerden.

Vinay (10) erzielte in fünf Fällen von Blasentuberkulose durch die Injektion von Milchsäurebazillen (12stündige Kulturen von Bac. bulgaricus auf Milch, Injektion von 10 bis 15 ccm dieser Flüssigkeit dreimal wöchentlich) erhebliche Besserung; ob diese durch die Bakterien selbst oder durch Milchsäureeinwirkung erzielt wird, ist ungewiss.

Weiss (11) konnte durch innere Darreichung und äussere Anwendung des Kupfer-Lezithins (Lecutyl) in Form einer Schmierkur eine seit sieben Jahren bestehende Cystitis mit Ulzerationen im Trigonum, die allen anderen Mitteln getrotzt hatte, in 3½ Monaten beseitigen.

Siehe ferner Nierentuberkulose.

8. Gestaltfehler und Verlagerungen.

1. *Borchard, Angeborenes Blasendivertikel. Zentralbl. f. Chir. Bd. 41. Kongressbeilage. p. 101.
2. Burkhardt, Blasendivertikel. Nürnb. med. Ges. u. Poliklin. Demonstrationsabend vom 26. Febr. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 51. p. 672. (Das Divertikel war grösser als die Blase; suprasymphysärer Schnitt, extraperitoneale Ausschälung.)
3. Cimino, T., Kontraktiles kongenitales Blasendivertikel mit intermittierender Steinbildung. Atti d. R. Acc. delle Scienze med. di Palermo. Sitzg. vom 28. Juni 1913. Ref. Journ. d'Urol. Bd. 5. p. 317. (Ein Fall.)
4. Ghezzi, C., Sul vero diverticolo laterale della vescica con una osservazione. Il Morgagni. Nr. 7. (Fötuskopfgrosses Divertikel über der rechten Harnleitermündung mit zweipfennigstückgrosser Blasenöffnung und starker Eiterung, das selbst bei der ersten Sectio alta wegen Verdeckung der Einmündung durch Schleimhautwucherungen nicht erkannt wurde. Annähung des Divertikels an die Blasenwand, Exitus durch Peritonitis.)
5. Glückstahl, A., Hernie de la vessie. Lyon chir. Bd. 12. Nr. 1. (Drei Fälle.)
6. Gontermann, Hernia supravesicalis cruralis mit Beteiligung des Ligamentum umbilicale laterale an der Bruchsackbildung. Berl. Ges. f. Chir. Sitzg. vom 9. Febr. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 40. p. 881. (Inhalt aus Titel ersichtlich; 50jährige Frau.)
7. *Lower, W. E., Diverticula of the urinary bladder. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 63. p. 2015.
8. *— Improved method of removing diverticulum of urinary bladder. Cleveland Med. Journ. Bd. 13. Nr. 1.
9. Scalone, I., Diverticoli vescicali erniati ed ernie diverticolari della vescica. La Clin. chir. 1913. Nov. (Erworbenes Divertikel in einer Kruralhernie.)
10. *Squier, J. B., Surgery of the hourglass bladder. New York Med. Journ. Bd. 99. p. 1026 u. 1057.
11. *Van Hook, W., Gestaltveränderung der Blase durch Ventrosuspension. Urol. and Cut. Rev. Bd. 17. Nr. 3.

Van Hook (11) beobachtete sackförmige Ausziehung der Blase nach Ventrofixatio mit nachfolgender Cystitis.

Borchard (1) beschreibt ein taubeneigrosses, angeborenes, von der hinteren, unteren

Blasenwand unter der linken Uretermündung ausgehendes Blasendivertikel bei einem 22jährigen Mädchen; Heilung durch Exstirpation der Wand und Etagennaht nach Sectio alta.

Lower (7, 8) schlägt zur Operation der Blasendivertikel deren Ausstopfung mit Gaze vor, um sie in einen festen Tumor zu verwandeln und dann von der Blase abtrennen zu können. Sechs Fälle.

Squier (10) resezierte in einem Falle von grossem Divertikel der Hinterwand der Blase den unteren Teil der Zwischenwand, so dass Divertikel und Blase in eine Höhle verwandelt wurden, und trug den oberen Teil des Divertikels ab. Heilung.

9. Blasenverletzungen.

1. *Albrecht, H., Durch Operation geheilter Fall von schwerer Pfählungsverletzung der Blase. Gyn. Ges. München. Sitzg. vom 26. Febr. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. p. 626.
2. Block, F., Über pathologische Harnblasenrupturen. Inaug.-Diss. Greifswald 1913. (Spontanruptur bei Anwendung starker Bauchpresse; Operation, Dauerkatheter Heilung.)
3. *Bogoras, N. A., Über intraperitonealen Harnblasenriss bei Fibromyoma uteri. Shurn. akusch. i shensk. bolesn. p. 225. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 980.
4. Ceccherelli, G., Un caso di rottura della vescica. La clin. chir. 1913. Sept. (Extraperitoneale Ruptur mit Harninfiltration und Fistelbildung über der Symphyse; Heilung durch Dauerkatheter und ohne Operation.)
5. Della Torre, L., Traumatische Blasenruptur. Riforma med. Nr. 20. (Extraperitoneal; durch Überfahren.)
6. *Dobrowolskaja, N., und H. Wiedemann, Zur Frage der intraperitonealen Harnblasenrupturen. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 89. Heft 2/3.
7. — und G. K. Widemann, Intraperitoneale Berstung der Harnblase. R. Wratsch. 1913. Nr. 50. (Sieben Fälle.)
8. Fuller, E., Extraperitoneal rupture of the bladder. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 63. p. 2114. (Beschreibung der Operation in solchen Fällen, wobei ausschliesslich auf die Verhältnisse beim Mann Rücksicht genommen wird.)
9. Gérard, M., Des blessures de la vessie par empalement. Journ. d'Urol. Bd. 4. p. 549. (Anatomisch-klinische Beschreibung der Pfählungsverletzungen der Blase auf Grund von 85, darunter zwei neu veröffentlichten Fällen; auf das weibliche Geschlecht entfallen nur 11 Fälle.)
10. Laewen, Intraperitoneale Verletzung der Harnblase durch Schlag gegen den Bauch. Med. Ges. Leipzig. Sitzg. vom 3. Febr. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 40. p. 929. (Heilung durch Laparotomie und Blasennaht ohne Drainage; Operation eine Stunde nach der Verletzung. Blähung der Dünndarmschlingen infolge von narkotischer Lähmung der Muskulatur durch harnfähige Stoffe.)
11. Lenko, Über Schussverletzung der Harnblase. Lwowski Tyg. Lek. 1913. p. 215. Ref. Gyn. Rundschau. Bd. 8. p. 411. (Röntgenbild; Revolverkugel im Innern eines aus der Blase entfernten Steins.)
12. *Packard, H., Eversion of bladder. Annals of Surg. Bd. 59. p. 555.
13. Pfanner, W., Über einen Fall von Spina bifida occulta sacralis mit Blasendivertikel und inkompletter Urachusfistel. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 27. p. 12.
14. v. Saar, Kasuistische Beiträge zur Behandlung schwerer Blasen- und Harnröhrenverletzungen. Österr. Ärztezeitg. 1913. Nr. 5/6. (Intra- und extraperitoneale Blasenruptur seit zweimal 24 Stunden mit ausgedehnter Urininfiltration, Bekämpfung der beginnenden Harninfiltration durch vielfache Inzisionen mit ausgiebiger Drainage bis auf das Bauchfell. Heilung.)
15. Strine, H. F., und M. E. Higgins, Case of rupture of bladder with fracture of pelvis. United States naval Med. Bulletin. Washington. Bd. 8. Nr. 3.
16. Wiedemann, Über Blasenruptur. VII. Ärztetag d. estländ. Ärzteges. Sitzg. vom 24. Nov. St. Petersburger med. Zeitschr. Bd. 39. p. 184.

Dobrowolskaja und Wiedemann (6, 7) verlangen bei intraperitonealen Blasenrupturen möglichst frühzeitige Operation, weil sich nach 24 Stunden die Prognose rasch verschlechtert. Die Bauchhöhle ist nach Verschluss der Blase nur zu schliessen, wenn die Harnwege gesund sind. In diesen Fällen kann die Blasennaht durch Netz- oder Faszien-

plastik gesichert werden. Bei Verdacht auf Infektion der Blase soll nach Vernähung des Blasenrisses der Douglas tamponiert werden. Bei der Nachbehandlung wird auf halbsitzende Stellung des Kranken Gewicht gelegt, damit das entzündliche Exsudat sich im kleinen Becken ansammeln kann.

Bogoras (3) beobachtete bei im kleinen Becken eingekeiltem Uterusmyom nach äusserem Trauma eine intraperitoneale Zerreissung der Blase von 6 cm Länge; Naht und Exstirpation des Uterus mit Adnexen.

Albrecht (1) beobachtete Dammriss und Zerreissung der ganzen hinteren Scheidenwand bis ins Parametrium und Durchbohrung der Blase; bei der Laparotomie fand sich ein zerfetztes fünfmarkstückgrosses Loch im Blasenscheitel. Der Defekt im Blasenscheitel wurde in drei Etagen vernäht, dann wurde die Hinterwand der Blase durch Ablösung von der Cervix mobilisiert und nach Abschluss der Excavatio vesico-uterina die untere Blasenverletzung nach Art einer Blasenscheidenfistel verschlossen. Heilung.

Packard (12) beschreibt einen Fall von Umstülpung der Blase durch die Urethra, bei einem 17 jährigen Mädchen, das im vierten Lebensjahr ein Stuprum erlitten hatte. Zugleich bestand Uterusprolaps und Diastase der Schambeine, deren Verbindung gleichfalls durch das Stuprum (vielleicht nachfolgende Osteomyelitis?) zerstört worden war. Der Uterus wurde ventrofixiert, die Blase exstirpiert und die Harnleiter in die Scheide eingepflanzt.

10. Blasengeschwülste.

1. Albrecht, Harnblasenpapillom. Gyn. Ges. München. Sitzg. vom 20. Nov. 1913. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 842. (Junges Mädchen; endovesikale Entfernung mittelst Glühschlinge.)
2. *Ahlström, Fall von Krebs der Harnblase. Svenska Laekaresällsk. Handl. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 235.
3. *Arcelin und Giuliani, Utilisation des courants de haute fréquence en urologie. Lyon méd. Nr. 21. p. 1133.
4. Bangs, Palliative treatment of inoperable carcinoma of the bladder. Practitioner's Soc. of New York. Sitzg. vom 2. Jan. Med. Record. New York. Bd. 85. p. 360. (Fall von inoperablem Karzinom; palliative Behandlung der schweren Blaseninfektion und des Tumors, schliesslich mit Hochfrequenzströmen; Besserung.)
5. *Beer, E., Papilloma of the bladder. New York Ac. of Med. Genito-urinary Sect. Sitzg. vom 18. März. New York Med. Journ. Bd. 99. p. 1055.
6. *Bégouin, Sarcome de la vessie. Soc. de Méd. et de Chir. de Bordeaux. Sitzg. vom 20. Febr. Journ. de Méd. de Bordeaux. Bd. 85. p. 144.
7. *Blum, V., Die Fulguration und die Elektrokoagulation der Blasengeschwülste. Wiener med. Wochenschr. Bd. 64. p. 595.
8. *— Über den Gallertkrebs der Harnblase und seine Beziehungen zur Zystenbildung in der Schleimhaut des Harntraktes. Wiener med. Wochenschr. Bd. 64. p. 610.
9. *Blumberg, Behandlung der Blasengeschwülste. Zentralbl. f. Chir. Bd. 41. Kongressbeilage. p. 98.
10. Bollag, K., Beitrag zur Kenntnis der Blasengeschwülste. Schweizer Rundschau f. Med. Nr. 16. (Berechnet, dass 1,3% aller Krebstodesfälle auf die Blase entfallen; 29,1% betreffen Frauen.)
11. *Bridoux, H., Fall von Adenom der Blase mit Bemerkungen. Amer. Journ. of Urol. Bd. 9. Nr. 11.
12. *Casper, L., Über Harnblasengeschwülste. Med. Klinik. Bd. 10. p. 621.
13. *Cohn, S., Zur Totalexstirpation der Harnblase und Versorgung der Ureteren. Wiener klin. Rundschau. Bd. 28. p. 549.
14. *Desnos, E., Valeur hémostatique de l'électrocoagulation des tumeurs vésicales. Journ. d'Urol. Bd. 5. p. 715.
15. Dobson, J. F., Diffuse papillomata of the bladder. Leeds and West Riding Med.-Chir. Soc. Sitzg. vom 3. April. Lancet. Jahrg. 92. Bd. 1. p. 1255. (Erst Sectio alta, dann Resektion der Blase und Einpflanzung beider Ureteren in das Colon mit gutem funktionellem Resultat.)
16. Enderlen, Halbseitige Exstirpation der Blase. Würzburger Ärzteabend. Sitzg. vom 7. April. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 964. (Bei Karzinom, Einpflanzung des Ureters am Blasenscheitel.)

17. Franke, F., Blasentumor. Ärztl. Kreisverein Braunschweig. Sitzg. vom 14. März. Med. Klinik. Bd. 10. p. 1037. (Flacher kreisrunder Tumor von 5—5,5 cm Durchmesser; exstirpiert; wahrscheinlich Tuberkulom.)
18. *v. Franqué, Infiltrierendes Karzinom der Blase. Niederrhein.-westfäl. Ges. f. Gyn. u. Geb. Sitzg. vom 11. Jan. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 738.
19. Gayet und Martin, Tumeur de la vessie, résection de dehors en dedans. Soc. des Sc. méd. de Lyon. Nov. Revue de Chir. Bd. 49. p. 102.
20. *Goldenberg, Über endovesikale Behandlung von Blasentumoren. Ärztl. Verein Nürnberg. Sitzg. vom 2. April. Münchn. klin. Wochenschr. Bd. 61. p. 1710.
21. *Gorasch, W., Zur vergleichenden Bewertung der endovesikalen Operationen. XIII. russ. Chirurgenkongr. Zentralbl. f. Chir. Bd. 41. p. 1420.
22. *Hildebrand, Behandlung der Blasenkarzinome. Zentralbl. f. Chir. Bd. 41. Kongressbeilage. p. 99.
23. *Hilsmann, S., Über Harnblasengeschwülste mit besonderer Berücksichtigung eines Falles von zystischem Polyp bei einem Neugeborenen. Inaug.-Diss. Berlin 1913.
24. Hume, J., und S. Logan, Treatment of bladder tumors by the high-frequency current. Louisiana State Med. Soc. 35. Jahresvers. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 62. p. 1748. (Bei vier Fällen von Papillom mit gutem Erfolg, ferner bei vier Fällen von malignem Papillom und zwei Fällen von Karzinom.)
25. *Joseph, E., Die Behandlung der Blasenpapillome mit Thermokoagulation. Zentralbl. f. Chir. Bd. 41. Kongressbeil. p. 97 und Fol. urol. Bd. 8. Nr. 12.
26. *Joseph, E., Behandlung grosser Blasenpapillome mit den Hochfrequenzströmen. Berl. urol. Ges. Sitzg. vom 3. Febr. Zeitschr. f. Urol. Bd. 8. p. 327.
26a. Josephson, C. D., Fall von Cancer vesicae die Ureterenmündung herumgreifend. Verhandl. d'obst. gyn. Sekt. d. Ges. Schwed. Ärzte. Hygica. (S. Lindquist.)
27. *Iredell, C. E., und R. Thompson, Three cases of malignant growths at the base of the bladder treated by diathermy. Lancet. Jahrg. 92. Bd. 1. p. 1745.
28. *Judd, E. S., Non-papillary benign tumors of the bladder. Southern Surg. Assoc. 26. Jahresvers. Atlanta. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 62. p. 405 und Western Surg. Assoc. 23. Jahresvers. S.t Louis. Med. Rec. New York. Bd. 85. p. 505.
28a. Kabalkin, Über Resektion der Harnblase und des Ureters wegen Karzinom. Inaug.-Diss. Strassburg.
29. *Kolischer, G., Clamp resection of the urinary bladder. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 62. p. 296.
30. *Legueu, F., Elektrokoagulation der Blasentumoren. Arch. urol. d. l. Clinique. Necker. Bd. 1. Heft 2.
31. Lepoutre und d'Halluin, Behandlung von Blasentumoren, besonders Papillomen durch Elektrokoagulation. Revue clinique d'Urol. Jan. (Fünf Fälle mit gutem Erfolg, besonders in bezug auf die Blutung behandelt.)
32. Loumeau, Fistule vésico-intestinale par cancer du colon pelvien. Soc. de Méd. et de Chir. de Bordeaux. Sitzg. vom 17. April. Journ. de Méd. de Bordeaux. Bd. 85. p. 282. (Durchbruch eines Darmkarzinoms in die Blase.)
33. *Luys, G., Behandlung des Blasenkarzinoms mit Radium. Soc. des Chir. de Paris. Sitzg. vom 30. Jan. Paris chir. Nr. 1.
34. Morton, Ch. A., Excision of the bladder for malignant disease. Brit. Med. Journ. Bd. 1. p. 1224. (Drei partielle und eine vollständige Exstirpation der Blase wegen Karzinoms. Einpflanzung der Ureteren in die Haut; bei Frauen wird Einpflanzung in die Scheide empfohlen.)
35. *Newman, D., Tumours of the bladder; three cases illustrating points of interest in diagnosis and treatment. Glasgow Med. Journ. Jan.
36. *Oraison, Traitement des tumeurs de la vessie par les courants de haute fréquence. Soc. de Méd. et de Chir. de Bordeaux. Sitzg. vom 6. Febr. Journ. de Méd. de Bordeaux. Bd. 85. p. 114.
37. *Pedersen, V. C., Neoplasms of the bladder. New York Med. Journ. Bd. 99. p. 255.
38. Peterkin, G. S., Scalpel Surgery of tumors of bladder. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 18. Nr. 3.
39. Pilcher, P., Die Behandlung der Blasentumoren. Urol. and Cut. Rev. Bd. 17. p. 470. (Siehe Jahresbericht Bd. 27, p. 423.)
40. Pleschner, Röntgenbilder von Blasentumoren. Ges. d. Ärzte Wien. Sitzg. vom 13. Febr. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 27. p. 165. (Demonstration; in der Diskussion hebt Bachrach den diagnostischen Wert der Kystographie bei Kollargol-

füllung der Blase, besonders in bezug auf das Verhalten des Stiels von Blasentumoren hervor, und Blum betont den Wert der Kystographie für die Funktionsprüfung des Ureterenverschlusses gegen die Blase durch Vordringen der Füllungsflüssigkeit — Skiargan — in den Ureter.)

41. *Renner, Behandlung der Blasentumoren mit Hochfrequenzströmen. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 51. p. 1627.

41a. *Rolando, S., Sur l'extirpation dans la vessie des papillomes volumineux à implantation péri-urétérale. Journ. d'Urol. Bd. 5. p. 585.

42. *Schoenenberger, F. J., und S. W. Schapira, Application of radium in the bladder for carcinoma. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 63. p. 1852.

43. Seri, G., Papillome und Ulcus simplex der Blase. Rivista osped. Bd. 4. Nr. 2. (Kombination von Papillom und Ulcus simplex; Sectio alta.)

44. *Squier, J. B., und C. G. Heyd, Operative technic for radical exstirpation of vesical neoplasms en masse. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 19. Nr. 1.

45. Stokes, A. C., Die Behandlung der Blasentumoren. Urol. and Cut. Rev. Bd. 17. Nr. 12. (Übersichtsartikel.)

46. *Swan, H. J., Tumours of the urinary bladder. Lancet. Jahrg. 92. Bd. 1. p. 1309.

47. Tavernier, Tumeur de la vessie, résection intrapéritonéale. Soc. de Chir. de Lyon. Sitzg. vom 22. Jan. Revue de Chir. Bd. 49. p. 528. (Transperitoneale Resektion von zwei Dritteln der Harnblase wegen Tumors am Blasenscheitel.)

48. — und Chalier, Fibrome de l'isthme utérin et rétention d'urine. Soc. des Sc. méd. de Lyon. Revue de Chir. Bd. 49. p. 707. (Kompression der Urethra durch ein tiefsitzendes Uterusfibrom.)

49. Thelen, Elektrokoagulation multipler benigner Blasenpapillome. Allg. Ärztl. Verein Köln. Sitzg. vom 9. Febr. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 565. (Zwei Fälle von Rezidiven nach Sectio alta mit Erfolg operiert.)

50. *Thies, J., Exstirpation der Harnblase bei Uterusblasenkarzinom. Med. Ges. Leipzig. Sitzg. vom 9. Dez. 1913. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 40. p. 516.

51. Vecchi, A., Linfendotelioma della vescica. Policlinico. Bd. 21. Sez. chir. Nr. 2.

52. Vogel, J., Über die Vereinfachung der endovesikalen Operationsmethoden. Zeitschr. f. Urol. Bd. 8. p. 572. (Einfügung der Schlinge und galvanokaustischer Instrumente in einen Harnleiterkatheter, wie er für jedes Harnleiterkystoskop verwendet wird.)

53. Ward, G. G., Carcinoma of the cervix by the Wertheim method with a resection of the base of the bladder. New York Ac. of Med. Sect. on Obst. and Gyn. Sitzg. vom 21. April. Amer. Journ. of Obst. Bd. 70. p. 200. (Resektion eines 25 centstückgrossen Teiles der Blasenwand am Trigonum; suprapubische Drainage, Heilung.)

54. Wolbarst, A. L., Multiple Papillome der Blase mit Verlegung des Blasenhalses und deren erfolgreiche Behandlung durch Oudinsche Fulguration. Urol. and Cut. Rev. 1913. Okt. (Inhalt aus Titel ersichtlich.)

55. *Wossidlo, E., Zur Mesothoriumbehandlung von Blasentumoren. Berl. urol. Ges. Sitzg. vom 30. Juni. Zeitschr. f. Urol. Bd. 8. p. 698.

56. Young, H. H., The present status of the diagnosis and treatment of tumors of the bladder. Amer. Med. Assoc. 64. Jahresvers. Sect. on gen.-ur. dis. New York. Med. Journ. Bd. 98. p. 48. (Siehe Jahresbericht Bd. 27, p. 422.)

Diagnose und Therapie.

Casper (12) hebt die Notwendigkeit hervor, dass jeder Fall von Hämaturie sofort kystoskopiert werden muss, weil die Blasenblutung oft das erste und einzige Symptom eines Blasentumors ist; allerdings gibt es Fälle von Blasentumoren, die erst nach Jahresfrist zu bluten anfangen. Die Papillome sind im allgemeinen gutartig, alle glatten, festen und breitaufsitzenden Tumoren dagegen bösartig. Die Stückchendiagnose allein vermag eine sichere Unterscheidung, ob gut- oder bösartig, nicht zu liefern; die Entscheidung muss durch Kystoskopie, Stückchendiagnose und klinische Beobachtung zusammen gesichert werden. Die bösartigen Tumoren sind, wenn operabel, stets radikal zu operieren; von drei mit Radium behandelten Fällen konnte nur einer günstig beeinflusst werden. Inoperable Fälle sind mit Punctio vesicae oder Ausschaltung der Blase zu behandeln. Die gutartigen Blasentumoren sind ebenfalls grundsätzlich zu operieren, weil sie nur pathologisch-anatomisch, aber nicht klinisch gutartig sind und häufig in einem malignen Tumor metaplasieren. Die endovesikale Operation hat hiebei die Schnittmethode vollständig verdrängt, jedoch ist auch die

Behandlung mit Hochfrequenzströmen ein erfolgverheissendes, besonders aber ein schonendes Verfahren.

Joseph (25) gibt genaue Vorschriften zur Technik der Elektrokoagulation der papillomatösen Blasengeschwülste und hebt als deren Vorzüge die leichte Handhabung hervor, ferner die Möglichkeit, den Strom fast überall im Blasenkavum, an Scheitel wie am Sphinkter, anzuwenden, sowie die Stillung der Blutung aus den Papillommassen und die bedeutende Tiefenwirkung auf die Blasenwand bei Behandlung des Geschwulststieles oder der Geschwulstbasis, ausserdem die Vorteile der endovesikalen Behandlung überhaupt gegenüber den Operationen von aussen. Besonders zur sofortigen Blutstillung, bei Rezidiven nach Sectio alta, bei kleinen und mittleren, namentlich von Anfang an multiplen Geschwülsten und bei alten Leuten ist die Methode zu empfehlen. 11 Fälle wurden mit Erfolg behandelt.

Blumberg (9) bestrahlte ein ausgedehntes Karzinom der Urethra und des unteren Teiles der Blase von der Vagina aus mit Mesothorium und konnte nach vierwöchiger Behandlung ein Schwinden des Tumors und die Beseitigung der schweren Hämaturie erzielen. Bei der fünf Wochen später gemachten Sektion (Tod der 78jährigen Frau an Herzverfettung und Koronarsklerose) fand sich die Harnröhre ganz von Karzinom frei, nur in der linken Trigonumhälfte war eine dünne oberflächliche Schicht von mikroskopisch schwergeschädigtem Karzinomgewebe sichtbar.

Hildebrand (22) fand unter den direkten, von aussen vorgehenden Operationen der Blasenkarzinome die besten Resultate bei der partiellen Resektion der Blase. Die Lymphbahnen der Blase sind in einer grossen Zahl von Fällen erkrankt, aber die Exstirpation der Lymphdrüsen würde eine schwere Komplikation der Operation darstellen. Bei Blasenpapillomen, die zu einem grossen Prozentsatz schon abnorme Epithelwucherung zeigen, muss deshalb der Geschwulstboden mit weggenommen oder zerstört werden, entweder bei Sectio alta oder bei Elektrokoagulation. Die Mortalität bei Sectio alta wird auf 6% geschätzt.

In der Diskussion empfiehlt Schultheiss auf Grund von Erfahrungen an 46 Fällen bei malignen, breitaufsitzenden Geschwülsten die blutige Operation, dagegen bei gestielten Tumoren und kleinen Rezidiven nach Sectio alta die Thermokoagulation. Frank empfiehlt die Anwendung der Diathermie bei allen Blasentumoren mit Ausnahme der infiltrierenden Wandkarzinome. Die Geschwülste sollen nur koaguliert, nicht verschorft werden; sehr grosse Geschwülste kann man vorher mittelst der Schlinge verkleinern. Auch bei tuberkulösen Exulzerationen, die nach Nierenexstirpation zurückgeblieben waren, wurden durch Koagulation gute Erfolge erzielt. Ringleb rät zum endovesikalen Verfahren nur bei sicher gutartigen Fällen, bei malignen oder verdächtigen dagegen zu Sectio alta; eine grössere Tiefenwirkung der Koagulation als bei einem guten Brenner ist nicht wahrscheinlich. König spricht sich für Koagulation bei Papillomen an der Urethra, nicht aber bei solchen in der Nähe der Ureteren aus. Philipowicz empfiehlt für die Diagnose der Blasenkarzinome die Röntgenaufnahme nach Kollargolfüllung.

Swan (46) hebt die häufigen Rezidive bei Blasenpapillomen und die Möglichkeit der Umwandlung in Karzinom hervor. Da die endovesikale Operation keine radikale Entfernung bewirkt, schlägt er vor, nach Sectio alta die Papillome durch Umschneidung der die Einpflanzungsstelle umgebenden Schleimhautpartie gründlich zu entfernen. Breitbasig aufsitzende Papillome müssen in grösserem Umfange umschnitten werden. Papillomblutungen sind durch heisse Blasenspülungen mit Silbernitratlösung (1 : 5000) oder durch Injektion von 1‰ Silbernitrat- oder 1‰ Adrenalinlösung, die einige Minuten in der Blase zu belassen sind, zu behandeln. Multiple Papillome müssen entweder einzeln entfernt oder palliativ mit steigenden Konzentrationen von Silbernitrat (bis zu 1 : 500) behandelt werden.

Das Blasenkarzinom ist mehr als dreimal häufiger als das Papillom. Swan unterscheidet eine papillomatöse und eine infiltrierte Form. Unter den Symptomen werden ausser den Blasenblutungen vermehrter Harndrang, von der Regio suprapubica zur Urethra ausstrahlende Schmerzen und Cystitis hervorgehoben. Zur Diagnose ist die Kystoskopie notwendig. Die Therapie richtet sich nach Ausdehnung und Lokalisation. In günstig gelagerten Fällen ist Resektion der Blase weit im gesunden Gewebe, wenn nötig mit Resektion des Endstückes des Ureters und Neueinpflanzung auszuführen. In anderen Fällen können die einzelnen gestielten Karzinome entfernt und der Grund kauterisiert werden. Totalexstirpation der Blase mit Einpflanzung der Ureteren in den Darm ist von unsicherem Erfolg. Bei fungösem Karzinom ist die Prognose besser als bei infiltriertem. Bei inoperablen Karzinomen sind die Blutungen mit Spülungen (Silbernitrat, Adrenalin), Ergotin und Kalziumazetat, die Schmerzen mit Sandelöl, die Cystitis mit Wasserstoffsuperoxydinjektionen zu behandeln.

In Fällen von schweren Blutungen kann die Sectio alta notwendig werden. Von der endovesikalen Anwendung von Radium wurden keine Erfolge beobachtet.

Squier und Heyd (44) legen bei der Operation von Blasengeschwülsten durch Längsinzision die Blase bis zum Urachus und damit auch die Ureteren frei; hierauf wird die Hinterwand der Blase vom Urachus beginnend bis in den Douglas vom Peritoneum losgelöst und der Peritoneallappen mit dem oberen Wundwinkel vereinigt, so dass von jetzt an extraperitoneal operiert wird. Nun wird der Blasenscheitel nach vorn gezogen und die Blase an der hinteren Wand eröffnet, so dass der Tumor unter gutem Überblick weit im Gesunden exstirpiert werden kann. Zuletzt erfolgt Schluss der Blase, etwaige Neueinpflanzung eines Ureters, suprasymphysäre Drainage, Aufnähen des Peritoneums auf die Blase und Wundschluss.

Papillome.

Arcelin und Giuliani (3) empfehlen als einfaches und sicheres Mittel bei Blasengeschwülsten Hochfrequenzströme mit Niederspannung.

Desnos (14) hebt die vorzügliche blutstillende Wirkung der Elektrokoagulation bei Blasentumoren hervor; auch in einem Falle von schwerer Infektion infolge von Fäulnis der Blutgerinnsel und der abgestossenen Zotten wurde sehr günstige Wirkung erzielt.

Beer (5) beschreibt einen Fall von malignem rezidiviertem Blasenpapillom, das die ganze Blase ausfüllte und vergeblich mit Hochfrequenzströmen und mit Radium (letzterem in zu schwacher Dosis) behandelt wurde. Zuletzt erfolgte Heilung durch Sectio alta und Exzision; rezidivfrei nach einem Jahre.

Blum (7) erklärt die Hochfrequenzstrombehandlung für einen grossen Fortschritt der Intravesikaltherapie der Blasentumoren; sie eignet sich besonders für multiple Papillomatose der Blase. Für Tumoren, auch umfangreicheren, die sich leicht mit der Schlinge fassen lassen, ist die Schlingenoperation die Operation der Wahl, eventuell mit nachfolgender Koagulation der Insertionsstelle. Ebenso wird bei breitbasig aufsitzenden Tumoren die Verkleinerung mittelst der Schlinge und die Behandlung des Restes mit Thermokoagulation empfohlen. Auch Karzinome können palliativ zur Verkleinerung der Geschwulst, Erleichterung der Miktion und Stillung der Blutung mittelst Thermokoagulation behandelt werden, wenn eine radikale Operation nicht durchzuführen ist.

Goldenberg (20) empfiehlt bei Papillomen der Blase die endovesikale Behandlung, besonders die Elektrokoagulation, in geeigneten Fällen kombiniert mit der vorherigen Schleimhautabtragung. Ausgebildete Karzinome sind nach chirurgischen Grundsätzen zu behandeln.

Gorasch (21) empfiehlt die endovesikale Behandlung bei solitären oder rezidivierenden multiplen Papillomen, besonders die Koagulation mit hochgespannten Strömen.

Joseph (26) teilt zwei Fälle von apfelgrossen Harnblasenpapillomen mit, bei denen es mit Hochfrequenzströmen gelang, zunächst die Blutungen ganz zu beseitigen und in einem Falle (72jährige Frau) auch den Tumor ganz zum Verschwinden zu bringen, mit Rezidivfreiheit seit einem halben Jahre.

Legueu (40) erzielte sehr ermutigende Resultate durch Elektrokoagulation von Blasenpapillomen, besonders in bezug auf Einschränkung oder Beseitigung von Blutungen. In einzelnen Fällen wurde nach 5—6 Sitzungen eine wirkliche Heilung erzielt, in anderen Fällen trat Verkleinerung der Tumoren verschiedenen Grades auf.

Oraison (36) entfernte mittelst Elektrokoagulation in zwei Fällen kleine Blasentumoren und rühmt besonders die Wirkung des Eingriffes auf Schmerzen und Blutung.

Pedersen (37) erzielte in zwei Fällen von benignen Papillomen durch Hochfrequenzströme Heilung; ein dritter Fall von Adenokarzinom der Blase, das vom Darm ausging, war inoperabel.

Renner (41) befürwortet die Behandlung der Blasenpapillome mit Hochfrequenzströmen als Fortschritt gegenüber den bisherigen endovesikalen Behandlungsmethoden.

Rolando (41a) empfiehlt bei Exstirpation von Papillomen, die in unmittelbarer Nähe der Uretermündung sitzen, die Uretermündung durch Einführung eines Katheters entweder durch die Harnröhre oder von der geöffneten Blase aus zu sichern, um das Mitfassen in eine Ligatur zu verhüten. Kann die Harnleitermündung auch nach Sectio alta nicht sichtbar gemacht werden, so ist die Geschwulst oberhalb ihrer Einpflanzung abzubinden und abzutragen und dann die Uretermündung aufzusuchen.

Wossidlo (b. 105) bestätigt die ausgezeichnete Wirkung der Hochfrequenzstrombehandlung (Elektrokoagulation) bei der endovesikalen Behandlung von Blasenpapillomen.

Schüller (b. 88) behandelte einen an Harnblasenpapillom mehrfach mit Schlinge und Kauter ohne Erfolg vorbehandelten Fall mittelst des Radiumkystoskops und konnte zwei Papillome vollständig zum Verschwinden bringen, während ein drittes, das nicht behandelt wurde, unverändert blieb; es wurde mit Schlinge abgetragen und der Stielansatz mit Radium bestrahlt; auch hier war nach acht Monaten noch kein Rezidiv aufgetreten.

Hochenegg (siehe Pleschner c. 4, 20) tritt bei Blasenpapillomen für die endovesikale Entfernung ein.

Newman (35) empfiehlt für die Entfernung der Blasengeschwülste die Sectio alta und Exzision im Gesunden; drei Fälle — zwei Papillome und ein malignes Adenopapillom — werden mitgeteilt.

Peterkin (38) tritt angesichts der häufigen Malignität und der ebenso häufigen Rezidive bei benignen Tumoren dafür ein, dass alle Blasentumoren klinisch als maligne angesehen und baldmöglichst radikal, im äussersten Falle mittelst Totalexstirpation der Blase und lumbaler Ureterostomie behandelt werden sollen.

Andere gutartige Geschwülste.

Judd (28) fand unter 164 Blasenneubildungen zwei Fälle von gutartigen, nicht-papillären Geschwülsten, die von der Muskularis der Blase ausgingen; es kam zu Blutungen aus der gesamten hyperämischen Blasenschleimhaut, besonders der Gegend im Gebiete der Geschwulst. Der Sitz war in beiden Fällen in der Gegend des Orificium internum urethrae. Die Entfernung der gestielten, aus Muskel- und Bindegewebe bestehenden Geschwülste geschah mittelst Sectio alta.

Bridoux (11) beschreibt ein aus Drüsenschläuchen bestehendes Adenom der Blase, das Ausläufer in die Schleimhaut und Muskularis aussandte und nach Sectio alta mit Thermokauter entfernt wurde. Exitus.

Hilsmann (23) beschreibt einen erbsengrossen, mit seröser Flüssigkeit gefüllten zystischen Polypen, mittelst Schleimhautstiels mit der vorderen Blasenwand verbunden, bei einem 10monatigen Fötus. Es wird abnorme embryonale Abschnürung von Blasenoberflächenepithel als Ursache angenommen.

Thies (50) pflanzte bei Exstirpation der Blase bis auf ein kleines Stück (wegen Uterus- und Blasenkarzinoms) die Ureteren ins Rektum und lenkte den Kot durch einen Anus praeternaturalis ab — mit gutem Erfolg seit einem Jahr.

Bösartige Geschwülste.

Ahlström (2) beschreibt ein alveoläres Karzinom der Harnblase an der Einmündung des linken Ureters bei einer 45jährigen Frau, das durch Sectio alta unter Neueinpflanzung des Ureters in die Blase exstirpiert wurde.

v. Franqué (18) beschreibt ein infiltrierendes Karzinom der Blase bei glatter, nicht exulzerierter Schleimhaut mit enorm infiltrierter Blasenwand und Infiltration und Verdickung des ganzen Paracystiums, selbst des anschliessenden Parametriums. Klinische Erscheinungen eines Blasenkarzinoms fehlten bei mehr monatiger Beobachtung vollständig und die Diagnose wurde erst nach der Obduktion mit dem Mikroskop gestellt.

Luys (33) konnte bei Radiumbehandlung eines Blasenkarzinoms zwar ein Verschwinden der Blutungen und eine Besserung der Schmerzen erzielen, aber die Weiterentwicklung des Tumors nicht verhindern.

Blum (8) beschreibt einen Gallertkrebs der Harnblase, der schon vor der Operation als solcher erkannt worden war. Die Schleimhaut der gesamten Harnwege bis an die Nierenbecken liess alle Stadien der Zystenbildung (Limbeck-Brunnsche Zellnester, Formationen, die der Cystitis, Ureteritis etc. cystica, papillaris und glandularis Stoerks) erkennen und es liess sich der Nachweis liefern, dass das Gallertkarzinom aus diesen Gebilden hervorgegangen war.

Iredell und Thompson (27) beschreiben drei Fälle von bösartigen Geschwülsten des Blasengrundes, die nach möglichster suprasymphysärer Entfernung durch Diathermie (indifferente Elektrode auf Nates, kugelförmige Metallelektrode durch die Blasenwunde eingeführt) behandelt wurden. Die Behandlung erfolgte in alle drei Tage vorgenommenen Sitzungen einen Monat lang. Nachteile sind schwere Schätzbarkeit der Temperatur in der Blase und Unmöglichkeit der Bestimmung, ob Geschwulstgrund oder normale Blasenwand getroffen wird.

Kolischer (20) exzidierte in einem Falle von inkrustiertem Karzinom den Blasenscheitel nach Ablösung des Peritonealüberzuges von der vorderen Wand und Abklemmung des Tumors im gesunden Gewebe. Doppelte Blasennaht; eine zurückbleibende Fistel schloss sich spontan.

Schoenenberger und Schapira (42) konnten in zwei Fällen von Blasenkarzinom durch 12stündiges Einlegen von 15 mg Radium den Tumor zum Verschwinden bringen; ebenso verkleinerte sich auf Einbringen von Radium in die Inzisionswunde ein metastatischer Leistentumor, jedoch erfolgte in diesem Falle Exitus an Metastasen im Nierenbecken und Hydronephrose.

Wossidlo (55) erwähnt einen Fall von akutem Kollaps und Exitus nach Mesothoriumbehandlung eines Blasenkarzinoms.

Cohn (13) empfiehlt die zweizeitige Totalexstirpation der Blase und die Einpflanzung der Ureteren in die Bauchhaut, in zweiter Linie die Einpflanzung in den Darm, für die aber bis jetzt noch keine die Infektion sicher verhütende Methode existiert. Die Einführung in Scheide und Harnröhre wird verworfen.

Kabalkin (28a) beschreibt zwei Fälle von Exstirpation der Harnblase wegen Karzinoms, einen durch Sectio suprapubica und einen auf parasakralem Wege mit Einpflanzung eines resezierten Harnleiters in den Blasenrest. In beiden Fällen Heilung.

Hochenegg (siehe Pleschner c. 4. 20) sah bei Blasenkarzinomen, deren Radikaloperation unmöglich war, nach einfacher Sectio alta und Exkochleation des Tumors erhebliche Besserung eintreten und betont die Resistenzkraft des Körpers gerade gegen Karzinome der Blase.

Schüller (b. 88) erklärt bei Blasenkarzinomen, wenn die operative Behandlung versagt, die Anwendung der Radiumbestrahlung, die er für das derzeit wirksamste und vielfach als einzig zur Verfügung stehende Hilfsmittel hält. 12 Fälle wurden per vias naturales, drei durch suprapubische Fisteln bestrahlt. In einigen Fällen waren die Erfolge zunächst günstig, bei einem Teil der Fälle dagegen versagte die Behandlung.

Bégouin (6) beschreibt bei einem 3—4jährigen Mädchen ein sarkomatöses Rezidiv eines gestielten Fibromyxoms der Blase, das in die Urethra prolabiert war. Bei der Operation des Rezidivs fanden sich drei Vierteile der Blasenschleimhaut mit Vegetationen bedeckt und der mandarinengrosse Tumor war in die Harnröhre verlagert. Der grösste Teil der Schleimhaut mit Ausnahme der Uretermündungen — wurde entfernt. Exitus nach einigen Monaten.

Borchard, (c. 8. 1) macht auf die Pseudotumoren der Blase aufmerksam, die von der Umgebung der Blase ausgehen (zwei Sarkome der vorderen Beckenwand) und zu irrtümlichen Diagnosen bei der Kystoskopie Veranlassung geben können. Solche scheinbar unoperable Tumoren müssen durch Operation freigelegt werden.

11. Blasensteine.

1. Allen, E. S., Vesical calculi, report of case. Kentucky Med. Journ. Bowling Green. Bd. 12. Nr. 12.
2. *Baginsky, A., Blasenstein. Verein f. inn. Med. u. Kinderheilk. Berlin. Sitzg. vom 9. März. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 40. p. 1345.
3. *Bastos, H., Fracture spontanée des calculs de la vessie. Fol. urol. Bd. 8. Nr. 2.
4. Blum, V., Silberhaltiger Blasenstein in einem Falle von Argyrol der Blase. Wiener med. Wochenschr. Bd. 64. p. 675. (Nach Silbernitratspülungen der Blase; der Stein bestand aus Phosphaten, metallischem Silber und Chlorsilber.)
5. *Bretschneider, Grosser Blasenstein. Ges. f. Geb. u. Gyn. Leipzig. Sitzg. vom 20. Okt. 1913. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 133.
6. Byers, J., Large ammonium-magnesium-phosphatic calculus. Ulster Med. Soc. Sitzg. vom 19. März. Lancet. Jahrg. 92. Bd. 1. p. 970. (Um Haarnadel gebildet, durch Kolpokystotomie entfernt.)
7. Carmany, H. P., Recurrent stones in the urinary bladder. Philad. Ac. of Med. Sitzg. vom 5. Jan. Annals of Surg. Bd. 59. p. 747. (Fall von zweimaligen Rezidiven.)
8. *Coudray, J., Contribution à l'étude de la lithiase vésicale primitive de l'enfant et de l'adulte jusqu'à 40 ans chez les musulmans de l'Afrique du nord. Journ. d'Urol. Bd. 5. p. 171.
9. Gayet, Calcul vésical. Soc. de Méd. de Lyon. Nov. Revue de Chir. Bd. 49. p. 103. (Sectio alta.)

10. *Gouriou, P., Etude sur les calculs diverticulaires de la vessie. Thèse de Paris 1913.
11. *Gräupner, Blasenstein nach antefixierender Operation. Nordostdeutsche Ges. f. Gyn. Sitzg. vom 14. März. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 40. p. 1546.
12. *Grandjean, A., Die Lithothripsie bei der Frau. Revue prat. des mal. des org. gén.-ur. Bd. 11. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 829.
13. Ibrahim Bey, Röntgenbilder von Steinen aus dem uropoetischen System. Wissenschaftl. Abend in Gülhane-Stambul. Febr. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 40. p. 832. (Verlangt vor jeder Blasenoperation die Röntgenaufnahme, um Form, Lage und Zusammensetzung der Steine festzustellen.)
14. Keller, Hühnereigrosser Blasenharnröhrenstein. Ärzteverein Halle a. S. Sitzg. vom 10. Juni. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 1914. (Um eine Haarnadel.)
15. Miller, H. R., Fall von Spontanzertrümmerung eines Blasensteins. Amer. Journ. of Urol. Bd. 12. p. 453. (Harnsäure- und Uratstein.)
16. Meyer, H., Calculus in bladder. California State Journ. of Med. San Francisco. Bd. 12. Nr. 3.
17. Molony, M., Value of high frequency current in treating calculi in diverticulum. California State Journ. of Med. San Francisco. Bd. 12. Nr. 9.
18. Osgood, A. T., Enorm grosser Blasenstein. Transact. of the Amer. Assoc. of Gen.-ur. Surgeons. Bd. 8. p. 135. (525 g schwerer Stein, gangränöse Cystitis, Pyonephrose und Nierenabszesse. Exitus.)
19. Pasteau, O., Diagnostic et traitement des calculs diverticulaires de la vessie. Soc. Belge d'Urol. Sitzg. vom 29. Juni 1913. Journ. d'Urol. Bd. 5. p. 525. (Empfehlung der Sectio alta, wenn der Stein nicht in die Blase verlagert werden kann.)
20. Pavone, M., Sur la récidive des calculs de la vessie. Revue clin. d'Urol. Bd. 3. Jan. (Empfiehlt zur Prophylaxe der Rezidive geeignete diätetische Behandlung.)
21. *Praetorius, G., Operation eines adhärenten Blasensteines mittelst des Luysschen Kystoskops. Berl. urol. Ges. Sitzg. vom 3. Febr. Zeitschr. f. Urol. Bd. 8. p. 330.
22. Schaller, R., Über einen Fall von spontaner Blasensteinzertrümmerung. Inaug.-Diss. Strassburg 1913. (Durch zentrale Zerklüftung.)
23. Schweinburg, E., Blasensteine. Ärztl. Verein Brünn. Sitzg. vom 9. Febr. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 27. p. 735. (Fall mit 75 Blasensteinen, durch Evakuation entfernt; ein weiterer Fall von zwetschgengrossem Stein und Entfernung mittelst Sectio alta, erfolgreiche Behandlung der zurückbleibenden Fistel mit Joddämpfen.)
24. Skirving, S., Vesical calculus. Edinburgh Med.-Chir. Soc. Sitzg. vom 21. Jan. Edinburgh Med. Journ. N. F. Bd. 12. p. 246. (Schwaneneigrosser, am Blasenstein adhärenter Stein bei einem 16jährigen Mädchen.)
25. Stimson, C. M., Vesical calculi caused by suture material. Pennsylvania Med. Journ. Athens. Bd. 17. Nr. 5.
26.* Willan, Litholapaxy, its evolution, indications and contraindications, with a record of cases. Brit. Journ. of Surg. Bd. 1. Nr. 3.

Coudray (8) teilt 90 Fälle von Blasensteinen, darunter 50 bei Kindern aus der mohammedanischen Bevölkerung Nordafrikas mit, die grösstenteils wegen schwerer Cystitis mittelst Sectio alta operiert wurden, mit 10 Todesfällen. Die Blasenwunde wurde bei Infektion lediglich drainiert und ein Dauerkatheter eingelegt.

Gouriou (10) empfiehlt bei Divertikelsteinen in erster Linie die intradivertikuläre Lithothrypsie nach Sectio alta.

Grandjean (12) sieht den Grund der Seltenheit der Lithothrypsie beim Weibe (1,5% aller Operationsfälle) in der grösseren Seltenheit der Blasensteine, sowie der Harnretention und Infektion der Blase (?), ferner in der Leichtigkeit des Zuganges zur Blase und der infolge Dehnbarkeit der Harnröhre häufigen Spontanausstossung, endlich in den grösseren Schwierigkeiten, die die Operation beim Weibe bietet, die jedoch durch bessere Technik zu überwinden sind. Es wird ein besonderes Instrument für die weibliche Blase beschrieben, das ungefährlich in bezug auf Entstehung von Inkontinenz ist und 2—3 Tage nach der Anwendung die Wiederaufnahme der Berufsausübung erlaubt.

Willan (26) erwähnt als Gegenindikationen der Litholapaxie Divertikelsteine, besonders ungünstige Lage und Konsistenz der Steine, Steine um Fremdkörper, hohes Alter der Kranken, Pyonephrosen und bösartige Blasenaffektionen. 22 Fälle, darunter 2 bei Frauen.

Bastos (3) erklärt die Spontanzertrümmerung weder durch Einwirkung von Mikroorganismen noch durch Blasenkontraktionen, sondern durch physikalisch-chemische Vorgänge innerhalb des Steins.

Baginsky (2) beschreibt einen taubeneigrossen Blasenstein bei einem 10jährigen Mädchen, der sich um eine Haarnadel gebildet hatte, mit schwerer Cystitis. Entfernung durch Sectio alta (Portner.)

Bretschneider (5) entfernte einen grossen Blasenstein, bei dem wegen schwerer Infektion der Blase die Lithothrypsie nicht mehr indiziert war, durch Sectio alta mittelst 7 cm weitem Schnitt. Nach der Operation entleerte sich eine mannskopfgrosse infizierte Hydronephrose der rechten Niere, die sich infolge Ureterverschlusses durch den Stein gebildet hatte. Die Blasennaht hielt nicht und trotz Entfieberung trat sieben Wochen nach der Operation infolge Herzerscheinungen Exitus ein.

In der Diskussion erklärt Sick die Lithothrypsie bei schwerer Infektion und besonders bei Pyelonephritis für kontraindiziert.

Gräupner (11) beschreibt einen Fall von ziemlich grossem Blasenstein um einen Ligaturfaden nach Annähung des Uterus an die Blase, ausserdem mit stecknadelkopfgrosser Blasenscheidenfistel in der Narbe. Entfernung des Steins durch Kolpokystotomie. Es wird vor Anlegung von Seidenfäden bei Antefixationen gewarnt.

Praetorius (21) vermochte in einem Falle von festsitzendem Blasenstein, der sich nach Myomotomie und schwerer Beckenphlegmone und infolge weiterer Eingriffe entstandener ausgedehnter Verletzung der Blase, Ureternekrose und Nephrektomie gebildet hatte, im Luysschen Kystoskop mit der Kollmannschen Zange ohne grosse Schwierigkeit den um Ligaturen gebildeten Stein zu entfernen, worauf durch Kauterisation auch der Schluss der Blasenscheidenfistel gelang. Er empfiehlt das Luyssche Kystoskop besonders bei Frauen sowohl zur Untersuchung als zum Ureterenkatheterismus und zur Vornahme endovesikaler Operationen, besonders zur Entfernung von Fremdkörpern, Steinen und Tumoren.

In der Diskussion befürwortet Mayer das Luyssche Kystoskop, Knorr bespricht die Vorteile der Kolpokystoskopie, Freudenberg die des Kellyschen Kystoskops. Vogel erwähnt einen Stein, der in einer Ureterzyste sass und nach dessen Entfernung mittelst Lithothrypsie die Zyste mittels Hochfrequenzstrom gespalten wurde.

Hochenegg (siehe Pleschner c. 4. 20) gibt der Lithothrypsie den Vorzug vor der Sectio alta, welche nur bei sehr grossen Blasensteinen und Unmöglichkeit der Einführung des Instruments angewendet werden soll.

Siehe ferner Fremdkörper.

12. Fremdkörper.

1. Broun, L., Foreign body removed from the urinary bladder. New York Obst. Soc. Sitzg. vom 10. Febr. Amer. Journ. of Obst. Bd. 69. p. 835. (Entfernung eines 24 cm langen glatten Stückes Ulmenrinde, das zu Abtreibezwecken irrtümlich in die Urethra eingeführt worden war, durch Kolpocystotomie; in der Diskussion teilt Knipe die Entfernung eines inkrustierten Bougiestückes mit.)
2. Burkhardt, Haarnadel in der Harnblase. Nürnb. med. Ges. u. Poliklinik. Sitzg. vom 2. Juli. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 51. p. 1488. (Mit hühnereigrossem Stein; Entfernung durch Sectio alta.)
3. Engelmann, Entfernung eines Okklusivpessars aus der Blase mittelst Blasenscheidenschnittes. Klin. Demonstrationsabende Dortmund. Jan. Med. Klinik. Bd. 10. p. 657. (War zur Konzeptionsbehinderung eingeführt worden; zwei Fälle von Entfernung von Pessaren aus der Blase werden von Henle erwähnt.)
4. *Gummert, Laminariastift in der Blase. Niederrhein.-westf. Ges. f. Geb. u. Gyn. Sitzg. vom 20. April 1913. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 628.
5. Hawkes, A. B., Broken glass catheter removed from the bladder. New York Ac. of Med. Sect. on Obst. and Gyn. Sitzg. vom 24. März. Amer. Journ. of Obst. Bd. 69. p. 1049. (Entfernung im Kellyschen Spekulum.
6. Le Fur, Ausstossung von Seidenfäden durch die Blase; Bildung von Blasensteinen. Revue prat. des mal. des org. gén.-ur. Nr. 62. (Einwanderung von Seidenfäden nach Uterusexstirpation; Steinbildung, schliesslich Sectio alta.)
7. Leizko, Extraktion eines Fremdkörpers aus der Blase auf natürlichem Wege. Lwowski tyg. lek. 1913. Nr. 36. Ref. Zentralbl. f. Chir. Bd. 41. p. 823. (Entfernung eines 23 cm langen Strohhalms mittelst eines aus vier Seidenfäden hergestellten Fängers.)

8. *Prigl, H., Zur Kasuistik der Fremdkörper der Harnblase. Wiener med. Wochenschr. Bd. 64. p. 569.
9. Rylke, Demonstration des Röntgenogramms einer in der Harnblase befindlichen Haarnadel. Przegl. chir. i gin. Bd. 9. p. 242. Ref. Gyn. Rundschau. Bd. 8. p. 452. (Spontane Ausstossung der inkrustierten Nadel; in der Diskussion wurde von Huzarski je ein Fall von Entfernung durch Kolpokystotomie und einer per urethram mitgeteilt.)
10. Sick, Inkrustierte Haarnadel in der Harnblase eines achtjährigen Mädchens. Med. Ges. Leipzig. Sitzg. vom 17. Febr. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 51. p. 767. (Röntgenbilder, Demonstration.)
11. Welt-Kakels, S., Hairpin and stone in the bladder. New York Ac. of Med. Sect. on Pediatrics. Sitzg. vom 9. Jan. Med. Record. New York. Bd. 85. p. 500. (Neunjähriges Mädchen mit Blasenbeschwerden seit 2½ Jahren; Nachweis durch Röntgenaufnahme. Operation.)
12. *Zikmund, E., Fremdkörper der Harnblase. Casopis. lek. cesk. p. 965. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 1424.

Prigl (8) beschreibt als Fremdkörper der weiblichen Blase einen Anilinkopierstift bei einer Geisteskranken; (der Harn ging infolge Auflösung des Anilins violettblau ab), ein leinenes Nadelbüchschen (zum Zweck der Aborteinleitung eingeführt), einen 10 cm langen Malpinsel mit Federkielstiel (drei Jahre lang in der Blase, mit Konkrementbildung), Katheterteile, eine Kornähre, Haarnadeln, Seidennähte (nach Operationen in der Nachbarschaft) und Haare (Durchbruch einer Dermoidzyste).

Gummert (4) entfernte durch Sectio alta einen Laminariastift aus der Blase, der zu Abtreibezwecken irrtümlich per urethram eingeführt worden war.

Zikmund (12) beobachtete Durchbohrung eines Schenkels einer in der Blase eingeführten, mit Konkrementen umgebenen Haarnadel in die Scheide am Übergang von der Blase zu Urethra und Ausbildung eines zweihellergrossen Defektes. Extraktion des Fremdkörpers und der Steine durch die Fistel und Operation der letzteren.

Hochenegg (siehe Pleschner c. 4. 20) entfernte eine Haarnadel und ein zurückgebliebenes Katheterstück durch Kolpokystotomie.

13. Parasiten der Blase.

1. *Arnold, M., Trichomonas vaginalis Donné als Parasit in der Harnblase einer Gravida. Zeitschr. f. gyn. Urol. Bd. 4. p. 215.
2. Bandi, I., A contribution to the study of Bilharziosis. Journ. of Trop. and Hyg. Bd. 16. Heft 6. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 1754. (Vorhandensein von Eiern mit endständigem und seitenständigem Stachel, die derselben Spezies von Schistosomum angehören.)
3. *Bauereisen, Parasit in der Blase. Nordwestdeutsche Ges. f. Gyn. Sitzg. vom 8. Nov. 1913. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 354.
4. *Ekehorn, G., Ein Fall von Bilharziosis in Upsala. Fol. urol. Bd. 8. Nr. 1.
5. Fischer, W., Über Amöbencystitis. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 473. (Fall von eitriger Cystitis mit einer grossen Menge von Amöben im Harn; Chinese.)
6. Hooton, A., Case of Bilharzia disease. Ind. Med. Gaz. Calcutta. Bd. 49. Nr. 5.
7. Milton, F., Does Bilharzia exist in India? Ind. Med. Gaz. Calcutta. Bd. 49. Nr. 1.
8. Squier, J. B., Rectovesical echinococcus cyst. Annals of Surg. Bd. 59. p. 369. (Durchbruch massenhafter Tochterzysten in die Blase. Operation, Heilung.)
9. Werner, H., Phenocoll bei Filarienerkrankung und Bilharziosis. Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg. Bd. 18. Heft 8. (Das Mittel blieb ohne merkbaren Erfolg.)

Arnold (1) beschreibt einen Fall von reichlichen Exemplaren von Trichomonas vaginalis im Harn einer im 10. Monate Schwangeren; der Harn zeigte geringen Leukozytengehalt, die Blasenschleimhaut die gewöhnliche Schwangerschaftshyperämie, vor allem war keine Cystitis vorhanden. Nach der Geburt verschwanden die Parasiten rasch aus der Blase, was nicht auf das gereichte Diplosal, sondern auf die Rückbildung der Schwangerschaftshyperämie bezogen wird. Die zugleich bestehende Pyelonephritis stand mit der Anwesenheit der Parasiten in keinem ursächlichen Zusammenhang.

Ekehorn (4) beschreibt als typischen Befund von Bilharziose der Blase haarfeine, steife, so dichtsitzende Exkreszenzen auf der Schleimhaut, dass diese mit dichtem Pelz bewachsen erscheint; diese Franzen sind nicht mit papillomatösen Auswüchsen zu vergleichen, sondern sind durch Zerfetzung und Zerfaserung der Oberfläche entstanden. Von ihrer Spitze geht zuweilen ein Lichtreflex aus, der wahrscheinlich von eingelagerten Eiern herrührt. Der Blasengrund erscheint blassgrau, etwas glänzend, ohne Gefässzeichnung. Die Sektion (Tod an Pyelonephritis nach sechs Jahre bestehender, in Südafrika erworbener Krankheit) ergab ungeheure Massen von Distomumeiern in der Blasenwand. Ureter und Nierenbecken waren beiderseits erweitert.

d) Urachus.

1. *Burckhardt, Kongenitale Urachusfistel. Ges. d. Charité-Ärzte. Berlin. Sitzg vom 5. März. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 51. p. 850.
2. *Morin, Contribution à l'étude des kystes et fistules de l'ouraque. Thèse de Bordeaux. 1913/14.
3. Pendl, F., Gallertkrebs einer Urachuszyste. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 91. Heft 3.
4. Pfanner, W., Über einen Fall von Spina bifida completa sacralis mit Blasendivertikel und inkompletter Urachusfistel. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 27. p. 12. (Tod an Sepsis, Sektionsbefund.)
5. Salz, Über Nabelfisteln. Przegl. chir. i gin. Bd. 7. p. 382.

Burckhardt (1) beschreibt eine angeborene Urachusnabelfistel bei einem acht Tage alten Kind mit Nabelhernie, auf der ein kleines Grübchen bei Druck auf die Blase Harn austreten liess. Die Blase war zu einem langen Schlauch ausgezogen, der exstirpiert und verschlossen wurde. Heilung. Später entstandene Urachusfisteln werden durch Cystitis und Abflusshindernisse unterhalten, die beseitigt werden müssen, worauf die Fistel häufig spontan ausheilt. Auf eine echte Urachusfistel kann nur geschlossen werden, wenn Epithel nachzuweisen ist.

Morin (2) hebt hervor, dass der Urachus teilweise offen geblieben sein kann, indem der Gang durch Einwirkung der Klappen zwar geschlossen, aber an einzelnen Strecken durchgängig sein kann; andererseits kann er in seiner ganzen Länge offen und an den Mündungen geschlossen oder mit einer seiner Mündungen oder beiden offen sein. Endlich können sich in seiner Wand Zysten bilden. Sekundär kann eine tuberkulöse Infektion eintreten, die unter dem Bilde einer chronischen Septikämie verlaufen kann.

e) Harnleiter.

1. *Babcock, W., Eine Bemerkung über die Erkennung des Ureters. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 18. Nr. 1.
2. Beck, C., Implantation of the ureter into the bowel; with report of two cases. Amer. Med. Assoc. 64. Jahresvers. Sect. on gen.-ur. dis. New York. Med. Journ. Bd. 98. p. 48. (Siehe Jahresbericht Bd. 27, p. 444.)
3. Beer, E., Ureteral calculus. New York Ac. of Med. Gen.-ur. Sect. Sitzg. vom 18. März. New York. Med. Journ. Bd. 99. p. 1055. (Zwei Fälle von beweglichen Uretersteinen im Beckenabschnitt des Ureters, der eine mit darmähnlicher Erweiterung des Ureters durch extraperitoneale, der andere nach Dislokation des Steins nach oben durch lumbale Ureterostomie entfernt.)
4. De Berne-Lagarde, Des lésions de l'uretère au cours de l'hystérectomie abdominale et leur traitement. Arch. mens. d'Obst. et de Gyn. 1913. Juli. (Überblick über die Behandlungsmethoden.)
5. *Birnie, J. M., Über eine Methode zur Freilegung der Pars pelvina des Ureters. Surg. Gyn. and Obst. Bd. 18. Nr. 5.

6. Bonnet, Rupture traumatique de l'uretère et broiement du rein par coup de jarret de cheval; néphrectomie lombaire; guérison. Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris. Nr. 5. (Inhalt aus dem Titel ersichtlich.)
7. *Bürger, L., Obstructions in the lower ureter. New York Med. Journ. Bd. 99. p. 621.
8. Caulk, J. R., Ureterovesical cysts, an endovesical operative procedure for their relief. Amer. Med. Assoc. 64. Jahresvers. Sect. on gen.-ur. dis. New York. Med. Journ. Bd. 98. p. 48. (Siehe Jahresbericht Bd. 27, p. 438.)
9. — Inkrustationen des Nierenbeckens und Ureters mit mehreren Beobachtungen. Assoc. of Amer. gen.-ur. Surgeons. XXVII. Jahresvers. Journ. d'Urol. Bd. 5. p. 87. (Vier Fälle, einer von Papillitis des Nierenbeckens, einer von Phosphatinkrustation der Nierenbeckenwand; zwei Fälle von Ureterinkrustationen.)
10. *Chiari, O. M., Über einen Fall von Ureterkarzinom. Zeitschr. f. Urol. Bd. 8. p. 672.
11. Eisendrath, D. N., The formation of a new ureter; experimental study, Amer. Med. Assoc. 64. Jahresvers. Sect. on gen.-ur. dis. New York. Med. Journ. Bd. 98. p. 48. (Siehe Jahresbericht Bd. 27, p. 443.)
12. *Engström, Ureterimplantation in Dickdarm und Harnblase. Finsk. läkaresällsk. handl. Nr. 3. Ref. Med. Klinik. Bd. 10. p. 1030.
13. *Fáykiss, F., Operativ geheilter Fall eines Uretersteines. K. Ärzteges. Budapest. Sitzg. vom 29. Nov. 1913. Pester med.-chir. Presse. Bd. 50. p. 75.
14. Fischer, A., Ureterstein bei einem 1½jährigen Kinde. Zeitschr. f. urol. Chir. Bd. 2. p. 275. (Zwei bohnengrosse Uratsteine; Freilegung der Niere und des Ureters in seinem ganzen Verlauf durch Israëlschen Schnitt.)
15. Frangenheim, Intermittierende zystische Dilatation des vesikalen Ureterendes. Allg. ärztl. Verein Köln. Sitzg. vom 5. Jan. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 444. (30jährige Kranke, Erweiterung der stenosierten Ureteröffnung mittelst Glühschlinge; Heilung.)
16. *Frankenstein, K., Beitrag zur Versorgung des bei der Operation durchschnittenen Ureters. Gyn. Rundschau. Bd. 8. p. 431.
17. *Fromme, Ursachen der Incontinentia urinae. Ges. f. Geb. u. Gyn. Berlin. Sitzg. vom 13. Febr. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 76. p. 558.
18. *— Überzähliger Ureter. Ges. f. Geb. u. Gyn. Berlin. Sitzg. vom 11. Juli. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 75. p. 758.
19. *Furniss, H. D., Supernumerary ureter opening extravesically. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 18. Nr. 5 und New York. Obst. Soc. Sitzg. v. 13. Jan. Amer. Journ. of Obst. Bd. 69. p. 669.
20. Gerster, A. G., Urinary infiltration after retroperitoneal ureterotomy. Urol. and Cutan. Rev. 1913. p. 539. (Siehe Jahresbericht Bd. 27, p. 432.)
21. *Ghoreyeb, A. A., Circulation of kidneys following ligation of one ureter. Journ. of Experim. Med. Lancaster. Bd. 20. Nr. 2.
22. *Graser, Entfernung eines Uretersteines durch Ureterotomie. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 88. Heft 3.
23. *Herz, Ureterzyste. Berl. urol. Ges. Sitzg. vom 3. Febr. Zeitschr. f. Urol. Bd. 8. p. 348.
24. Hörrmann, A., Chorionepitheliom und Strahlentherapie. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 1128. (Metastatischer Tumor im linken Parametrium, den Ureter komprimierend; leichte Hydronephrose.)
25. *Jones, W. C., Experimental ligation of one ureter, with application of results to clinical gynecology. Amer. Journ. of Obst. Bd. 70. p. 329.
26. *Judd, E. S., A method of exposing the lower end of the ureter. Annals of Surg. Bd. 59. p. 393.
27. Kakuschkin, N. M., Überzähliger Ureter. R. Wratsch. 1912. Nr. 37.
28. *Kayser, Zur Diagnose und Behandlung der Ureterverletzungen in der Gynäkologie. Ges. d. Charité-Ärzte. Sitzg. vom 12. Febr. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 51. p. 653.
29. *Kerr, M., Verdoppelung des Ureters. Glasgow Med.-Chir. Soc. Sitzg. vom 6. März. Brit. Med. Journ. Bd. 1. p. 654.
30. *Kotzenberg, W., Beitrag zur Kasuistik der Zysten des vesikalen Ureterostiums. Med. Klinik. Bd. 10. p. 104.
31. *Krüger, H., Harnleitersteine. Ges. f. Natur- u. Heilk. Dresden. Sitzg. vom 17. Jan. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 896.

32. Küster, Ventilverschluss des vesikalen Ureterendes bei einem Neugeborenen, Hydronephrose, Hydroureter. Schles. Ges. f. vaterl. Kultur. Sitzg. vom 19. Juni. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 51. p. 1486. (Keine epitheliale Verklebung, sondern Ventilverschluss durch primäre Engigkeit des vesikalen Sphinkters zusammen mit ungleichmässiger Ausbildung des Sphinkterringes.)
33. *Legueu, F., Rupture traumatique de l'uretère. Soc. de Chir. Sitzg. vom 28. Febr. Revue de Chir. Bd. 49. p. 372.
34. Lichtenberg, Heilung nach doppelseitiger Ureterolithotomie. Unterelsäss. Ärzteverein Strassburg. Sitzg. vom 23. Mai. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 51. p. 1095. (Fall von schwerer infizierter Steinniere; Steine durch doppelseitige Ureterotomie entfernt; doppelseitige Nephrostomie, Heilung.)
35. *Mayer, A., Über die Präparation von Ureter und Uterina bei der erweiterten Uteruskarzinomoperation. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 75. p. 399.
36. Moore, H. A., Entfernung von Uretersteinen durch das Operationskystoskop; drei erfolgreich operierte Fälle. Urol. and Cut. Rev. Bd. 17. p. 635. (In drei Fällen endovesikale Entfernung von Steinen aus dem intravesikalen Ureterabschnitt; in weiteren drei Fällen Mobilisierung des Steins durch Ölinjektion in den Ureter.)
37. *Ottow, B., Zur Embryologie der Ureterenverdoppelung und die Bedeutung der letzteren für die Pathologie der Niere. Zeitschr. f. gyn. Urol. Bd. 5. p. 5.
38. Perrier, Note sur un cas d'expulsion de calcul urétéral par l'injection de glycérine. Journ. d'Urol. Bd. 5. p. 599. (Neun Tage nach Appendektomie rechtsseitiger Nierenkolikanfall; deutlicher Steinschatten im rechten Ureter; 48 Stunden nach Glyzerininjektion Expulsion eines doppelreiskorngrossen Konkrements.)
39. Pflücker, Ureter als Bruchinhalt. Med. Klinik. Bd. 10. p. 1474. (Durchschneidung des Ureters, zirkuläre Naht, dennoch Fistelbildung mit Eiterung; Nephrektomie, Heilung.)
40. Poorten, Ureterstein. Ges. prakt. Ärzte Riga. Sitzg. vom 1. Mai. St. Petersburger med. Zeitschr. Bd. 39. p. 35. (Von der Scheide aus entfernt.)
41. Portner, E., Uretersteine. Med. Klinik. Bd. 10. p. 553. (Kurze Richtpunkte in bezug auf Diagnose und Behandlung.)
42. *Posner, C., Harnleiter und Nieren Neugeborener. Berl. med. Ges. Sitzg. vom 25. Febr. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 40. p. 568.
43. Price, L. T., Ureteral calculus. Old Dominion Journ. of Med. and Surg. Richmond. Bd. 19. Nr. 3.
44. Pritchard, Double Hydroureter. R. Soc. of Med. Sect. for the study of disease in children. Lancet. 92. Jahrg. Bd. 1. p. 458. (Zystische Anschwellungen medial von der Spina ant. sup., wahrscheinlich durch kongenitale Stenose der Uretermündungen. Starke Dilatation der Nierenbecken. Sieben Monate altes Kind.)
45. Rush, J. O., Entfernung eines Uretersteines durch den dilatierten Ureter. Amer. Journ. of Urol. Bd. 9. p. 456. (Auf kystoskopischem Wege nach Ölinjektion in den Ureter.)
46. Sacharin, Die Operationen an Urethra, Blase und Ureteren in der Klinik der Universität Freiburg von 1904—1913. Inaug.-Diss. Freiburg 1913. (Sechs Fälle von Exstirpation des Uteruskarzinoms mit Neueinpflanzung des Ureters in die Blase mit fünf Todesfällen.)
47. *Schwarzwald, R. Th., Über Uretersteine. Ärztl. Verein Brünn. Sitzg. vom 30. März. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 27. p. 916.
48. *Sejournet, P., Urétérorrhaphie dans les sections totales de l'uretère. Revue de Gyn. Bd. 22. Nr. 3.
49. *Specklin, P. A., Ein Fall von ungewöhnlich grossem Ureterstein. Zeitschr. f. Urol. Bd. 8. p. 668.
49a. *Stammler, A., Zur Kenntnis der aberrierenden überzähligen Ureteren. Zeitschr. f. urol. Chir. Bd. 2. p. 241.
50. *Stoeckel, W., Über die Ausschaltung der Niere durch künstlichen Ureter-Verschluss. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 156.
50a. Strauss, A. A., Artificial ureter made from abdominal wall. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 18. Nr. 1.
51. Thelen, Doppelbildung des linken Ureters. Allg. ärztl. Verein Köln. Sitzg. vom 9. Febr. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 565. (Bei doppeltem Nierenbecken; durch Pyelographie nachgewiesen.)

52. Thompson, W., Calculi of ureter. Leeds and West Riding Med.-Chir. Soc. Sitzg. vom 13. März. Lancet. Jahrg. 92. Bd. 1. p. 898. (Zwei eingekeilte Uretersteine extraperitoneal entfernt und ein Stein, der eine Appendizitis vortäuschte und schliesslich durch Röntgenaufnahme nachgewiesen wurde.)
53. *Walton, A. J., Extraperitoneal uretero-lithotomy through a median suprapubic incision. Lancet. Jahrg. 92. Bd. 1. p. 1287.
53a. Weisz, F., Zur Röntgendiagnostik bei Ureterstein. Deutsche Gesellsch. f. Urologie. IV. Kongress. Zeitschr. f. Urologie Bd 8. 1. Beiheft p. 266.
54. *Whitehead, G., und J. Morley, Extraperitoneal ureterolithotomy through a median suprapubic incision. Lancet. Jahrg. 92. Bd. 1. p. 1182.

Missbildungen.

Ottow (37) führt die partiellen oder totalen, einseitigen oder doppelseitigen Harnleiterverdoppelungen auf phylogenetische Grundlage zurück. Die Missbildung kann durch das ganze Leben symptomlos bleiben, disponiert aber zu Funktionsstörungen und zu hydronephrotischen und infektiösen Erkrankungen der Nieren und oberen ableitenden Harnwege. Harnstauungen werden besonders durch häufige Windungen und Schlingenbildungen der Ureteren und durch die anatomischen und physiologischen Verhältnisse der vesikalen Harnleitermündungen veranlasst.

Kerr (29) beschreibt einen überzähligen, stark erweiterten linksseitigen Ureter, der undurchgängig war. Der Ureter wurde exzidiert und sieben Tage später die Niere. Exitus.

Furniss (10) führte in einem Falle von überzähligem, in die Urethra ausmündenden Ureter die extraperitoneale Einpflanzung desselben in die Blase ein. Heilung.

In der Diskussion regt R. T. Frank an, den überzähligen Ureter nahe seinem Ursprung aufzusuchen und zu unterbinden.

Stammler (49a) beschreibt als ersten Fall dieser Art eine beiderseitige Ureterenverdoppelung mit beiderseitiger Ausmündung des dem oberen Nierenbecken angehörigen Ureters im distalen Abschnitt der Urethra bei einem 15jährigen, lange an „nervöser Blasenschwäche" behandelten Mädchen. Bei der zuerst vorgenommenen einseitigen Operation wurde der aberrierende Ureter nach Freilegung der Niere zweifingerbreit unter dem Nierenbecken unterbunden und da eine Einpflanzung in den normalen Ureter nicht möglich war, wurden beide Nierenbecken nach Art einer Enteroanastomose vereinigt. Drei Monate später wurde auf der anderen Seite der Ureter, da er viel kleiner war als der Ureter der erstoperierten Seite, einfach doppelt unterbunden und ein möglichst grosses Stück Harnleiter reseziert.

Fromme (18) pflanzt in einem Falle von überzähligem Ureter, der in ein Urethraldivertikel einmündete, den frei präparierten Ureter vaginal in die Blase ein; das Urethraldivertikel wird für einen Rest des Gartnerschen Ganges mit Einmündung des Ureters gehalten.

Fromme (17) beschreibt einen weiteren Fall von in den Sphincter vesicae mündendem Ureter. Auch dieser wurde frei präpariert und weiter hinten in die Blase implantiert.

Herz (23) beschreibt eine offenbar kongenitale, mannsfaustgrosse Zyste im Anfang des Ureters, in welche aus der Niere vier getrennte Ureteren einmündeten, während erst aus der Zyste ohne Klappenbildung der normale Ureter entsprang. In der Zyste fand sich als sekundäre Bildung ein Stein. Auch auf der anderen Seite bildete sich der Ureter aus drei primären Ureteren. Intra vitam waren Erscheinungen seitens der Harnorgane nicht vorhanden. Zufälliger Sektionsbefund.

Kotzenberg (30) beschreibt einen Fall von in die Blase sich vorwölbender Ureterzyste bei einem 21jährigen Mädchen. Die Vorwölbung wurde nach Sectio alta abgetragen und die Schleimhautränder miteinander durch Naht vereinigt. In der ersten Zeit nach der Operation wurden grosse Harnmengen entleert und die Beschwerden in der betreffenden Niere, die vergrössert gewesen war, verschwanden. Dauerheilung. Ein zweiter Fall, nach Ureterverletzung bei Uterusexstirpation, wird ausserdem erwähnt.

Verengerung.

Jones (25) kommt bei einseitiger Ureterunterbindung bei Tieren zu folgenden Ergebnissen: Zehn Tage nach vollständigem Ureterverschluss besteht als einzige Veränderung nur leichte Hydronephrose, bis zum 60. Tage bildet sich primäre Hydronephrose ohne Erscheinungen von allgemeiner Atrophie. Vom Ende des zweiten Monats an sind zwei Möglichkeiten zu unterscheiden, entweder vergrössert sich die Hydronephrose, oder die Niere

wird atrophisch. Bei leichter Infektion tritt schon vom 10. Tage an Atrophie ein, bei schwerer Infektion dagegen Pyonephrose; die Infektion wird hierbei wahrscheinlich als hämatogene erklärt. Perirenale Anastomosen begünstigen nicht die Ausbildung der Hydronephrose, sondern werden in Fällen von Atrophie mehr ausgesprochen gefunden. Tiefe Unterbindung des Ureters führt leichter zu Atrophie als hohe, weil im letzteren Falle die intrarenale Drucksteigerung auf die Niere allein beschränkt ist. Bei jungen Tieren trat leichter Infektion ein als bei älteren. Ureterorenale Säcke waren meist schlaffwandig und schienen nicht unter hohem Druck zu stehen. Bei plötzlichem Ureterverschluss war weder die Morbidität noch die Mortalität hoch, wenn Infektion vermieden wurde.

Beim Menschen wird die Verletzung des Ureters auf 1—3% aller intraperitonealen weiblichen Beckenoperationen geschätzt; ihre Ursachen sind Verlagerungen des Ureters, kongenitale Abnormitäten oder Fehler in der Operationstechnik. Die Verletzung besteht entweder in Abbindung, Abklemmung, Knickung, Inzision, Resektion oder Störung der Blutversorgung. Der komplette Verschluss führt entweder zu Infektion (15%), oder zu Fistelbildung (24%), oder zu Hydronephrose (80%), oder zu allgemeiner Atrophie der Niere (nicht ganz 20%), ferner bezüglich der Allgemeinerscheinungen zu Toxämie (sehr selten), zu Anurie (1,6%), oder er bleibt symptomlos (21%). Die Mortalität des einseitigen Ureterverschlusses beträgt 18%. Für die Diagnose ist der Ureterkatheterismus das wichtigste Mittel.

Für die Vermeidung einer Ureterverletzung bei Operationen ist vor allem wichtig die Aufklärung der anatomischen Verhältnisse des Ureters, wobei der Ureter am besten von oben her, wo er noch normal ist, verfolgt werden soll. Die Beckengefässe sollen nur nach sorgfältiger Isolierung unterbunden werden. Vorherige Einlegung einer Sonde sichert gegen Verletzung. Die Möglichkeit der Ureterverletzung — neben der Blutung die häufigste Gefahr bei Uterusexstirpation — muss stets im Auge behalten werden.

Die absichtliche Unterbindung kann bei irreparablen Ureterverletzungen indiziert sein und sie ersetzt in solchen Fällen die sofortige Nephrektomie, die, wenn nötig, später vorgenommen werden kann. Trotz technischer Ausführbarkeit der Ureternaht kann das Allgemeinbefinden eine Verlängerung der Operation verbieten, und in diesem Falle muss nach der vorläufigen Unterbindung eine sekundäre Operation zur Wiederherstellung der Kontinuität des Ureters ausgeführt werden, bevor die Nierenfunktion ernstlich gelitten hat.

Ghoreyeb (21) beobachtete in der ersten Woche nach Unterbindung des Ureters eine Zirkulationsbehinderung in der Niere, die sich durch Eröffnung des Nierenbeckens und Beseitigung des intrapelvinen Druckes beseitigen liess. Die Zirkulationsbehinderung wird auf den Druck der dilatierten Tubuli und die Ausdehnung des Nierenbeckens als Ursache dieser Zirkulationsbehinderung angesehen. Die hierdurch bewirkte Anämie führt zu Schwellung und Degeneration der Epithelien. Nach einer Woche kommt eine weitere Zirkulationsbehinderung zustande durch interstitielle Infiltration und Verengerung der Kapillaren.

Posner (42) fand bei Injektion der Ureteren Neugeborener Verengerungen an der Kreuzung mit den Vasa iliaca und spermatica und dazwischen oft hochgradige Dilatationen, so dass er auf eine weitverbreitete Häufigkeit der Disposition zu Hydronephrose schliesst.

In der Diskussion erklärt Zondek die Verengerungen oft für so hochgradig, dass durch einen einfachen Katarrh Behinderung des Harnflusses auftreten kann. An verengten Stellen sollte man bei Ureterotomie wegen der Gefahr der Narbenkontraktur nicht einschneiden. J. Israel nimmt für fast alle Fälle von Hydronephrose eine kongenitale Anlage an, ausgenommen die auf Wanderniere und auf Druck durch Geschwülste beruhenden Fälle.

S. ferner Hydronephrose.

Verletzungen.

Legueu (33) beschreibt einen Fall von vollständiger Abreissung des rechten Ureters vom Nierenbecken nach Fall gegen Bauch und linke Seite, auf den einmalige Hämaturie und Entwicklung eines fluktuierenden Tumors, der die rechte Niere nach vorne drängte, und peritoneale Reizerscheinungen folgten. Heilung durch Nephrektomie.

In der Diskussion betont Monon die relativ günstige Prognose der traumatischen Hydronephrose, deren Symptome dem Legueuschen Falle entsprechen, und die Indikationen zur Nephrektomie, die meist erst in der Folge, wenn überhaupt, notwendig wird. Bonnet erwähnt einen Fall von Nephrektomie bei traumatischer Ureterruptur und Ruptur der Niere durch Hufschlag mit Ausgang in Heilung.

Geschwulstbildungen.

Chiari (10) beschreibt ein primäres Karzinom des Ureters bei einer 54jährigen Frau, das als walnussgrosser, den Ureter verschliessender Tumor 10—12 cm oberhalb der Blase sass. Es handelte sich um ein papilläres Karzinom, dessen Nester in die Muskelschicht der Ureterwand eingesprengt waren, das angrenzende Fettgewebe war entzündlich infiltriert, die Neubildung aber auf die Ureterwand beschränkt. Die sklerotische Niere wurde exstirpiert, der Ureter ausgelöst und der Tumor exzidiert. Die Symptome hatten in abundanten Blutungen ohne Schmerzen und in rascher Abmagerung bestanden; die Niere war funktionslos. Die Diagnose war auf Neubildung der Niere selbst gestellt worden.

Uretersteine.

Bürger (7) führt zum Nachweis von Obstruktionen im unteren Ureterabschnitt eigens von Eynard gefertigte Katheter ein, die durch eine bulböse Verdickung unter der Mündung den Rückfluss des injizierten Kollargols oder Argyrols verhindern, so dass die Auftreibung des Ureters distal von dem Hindernis sichtbar gemacht werden kann. Eindringen der Flüssigkeit in den proximalen Teil des Ureters beweist unvollständigen Ureterverschluss. Bei Uretersteinen wurde mehrfach nach der so erreichten Dilatation des unteren Ureterteils ein Herabsinken der Steine beobachtet.

Fáykiss (13) berichtet über einen Fall von kleinem (linsengrossem) Ureterstein, der die Nierensekretion nicht störte, aber wegen heftiger Kolikanfälle und weil eine Glyzerininjektion erfolglos geblieben war, durch Ureterotomie entfernt werden musste. Ureterdauerkatheter, Heilung.

Graser (22) erzielte in einem Falle von Ureterotomie wegen Uretersteins durch eine einzige Situationsnaht des Ureters vollständige Heilung.

Krüger (31) erklärt bei Harnleitersteinen die Röntgenaufnahme als das einzige Mittel zur Sicherstellung der Diagnose, ausgenommen die verhältnismässig seltenen Steine, die gefühlt werden können. Es muss das ganze uropoetische System radiographisch aufgenommen werden, Teilaufnahmen führen zu Fehldiagnosen. Anderweitige Schatten können durch undurchlässige Katheter oder durch Kollargolfüllung erkannt werden, wobei das Kollargol meistens nur bis zum Stein eintritt und der Stein als intensiver Schatten erscheint. Schon durch Uretersondierung kann der Stein gelockert und zur Ausstossung gebracht werden, ebenso durch Glyzerin- oder Ölinjektion. Ferner kann das Ureterostium im Kystoskop galvanokaustisch erweitert werden, um im Blasenteil festsitzende Steine zu entfernen. Bei Fehlschlagen der konservativen Massnahmen ist die Ureterotomie, bei tiefsitzenden Steinen die Sectio alta, bei akuter Pyelonephritis oder eitriger Zerstörung der Niere die Nephrektomie auszuführen. Acht Fälle.

In der Diskussion betont Keydel das häufige Versagen der Funktionsprüfung, sowie, dass auch Eiweiss und Erythrozyten sich nicht immer finden. Öleinspritzungen, die nicht innerhalb 24 Stunden die Ausstossung bewirken, sind als ergebnislos zu betrachten. Der Standpunkt Israels, dass man bei Anurie nicht länger als 48 Stunden mit der Operation warten darf, wird von Keydel nicht anerkannt. Bezüglich der Steinbildung hält Keydel allgemeine und lokale Infektionen für bedeutungsvoll, besonders von den Tonsillen ausgehende. Das von Keydel betonte häufige spontane Abgehen und der Einfluss einer Infektion wird von Hänel bestätigt. Auch Plettner bestätigt den Spontanabgang auch bei grossen Steinen; zur operativen Freilegung des Ureters empfiehlt er den Bergmannschen Schnitt.

Weisz (53a) hebt die Fortschritte der Röntgendiagnose der Uretersteine hervor, macht aber darauf aufmerksam, dass die klinische Diagnostik dabei nicht verabsäumt werden darf und teilt als Beweis einen Fall mit, in dem auf Grund eines durch einen nussgrossen Tuberkuloseherd der Niere hervorgerufenen Schatten trotz negativen Sondierungsbefundes des Ureters eine Ureteroperation ausgeführt wurde, bei der kein Stein gefunden wurde.

Schwarzwald (47) hebt als klinische Symptome von Uretersteinen die mikroskopisch feststellbare Hämaturie, den Ureterprolaps und das Ödem der Ureterpapille hervor. Bezüglich der Röntgendiagnose wird die vollständige Aufnahme der oberen Harnwege gefordert. Zum Zweck der Therapie wird die Ureterolithotomie im Längsschnitt und die Vernähung mit nur wenig Catgutnähten unter Unterlassung der Röhrendrainage empfohlen. Eine spontane Ausstossung von in einem dilatierten Ureter frei beweglichen Steinen ist nicht zu erwarten.

Specklin (49) beschreibt einen Fall von 51 g schwerem, 12 cm langem Ureterstein, dessen Spitze kystoskopisch in der kraterförmig erweiterten narbigen Uretermündung sichtbar

war. Die Symptome gingen auf 30 Jahre zurück. Ausserdem bestand ein Nierenbeckenstein. Die Niere wurde wegen Funktionslosigkeit exstirpiert, der Ureter ausgelöst und tief unterbunden und exzidiert. Die Niere war kleinzystisch degeneriert, der Ureter fingerdick ausgedehnt und in der Wandung verdickt. Heilung.

Whitehead und Morley (54) legten in einem Falle von Ureterstein, der trotz seines Sitzes an der Blasenmündung des Ureters nach Sectio alta nicht entfernt werden konnte, durch Seitwärtsziehen des M. rectus den Ureter an der Kreuzungsstelle mit den Iliakalgefässen extraperitoneal frei und nachdem es gelungen war, den Stein nach aufwärts bis zu dieser Stelle zu verschieben, wurde er durch Ureterotomie entfernt. Heilung nach Drainage gegen die Nahtstelle und Dauerkatheter in die Blase. Die mediane Inzision zur Freilegung des Ureters wird von Morley dringend empfohlen.

Walton (53) benützte ebenfalls eine vertikale Inzision durch den Musculus rectus, also etwas lateral, um den Ureter extraperitoneal freizulegen, und bezeichnet diese Schnittführung als sehr geeignet, um die untere Ureterstrecke bis zur Einmündung in die Blase zugänglich zu machen. Drei Fälle von Uretersteinen.

Hochenegg (siehe Pleschner c. 4. 20) berichtet über drei mittelst Ureterotomie entfernte Fälle von Uretersteinen, bei welchen die Ureterwunde trotz nur einer einzigen Naht (zwei Fälle) heilte. In einem Falle wurde durch Glyzerininjektion Spontanausstossung erzielt.

Ureterchirurgie.

Mayer (35) schlägt zur Erleichterung des Aufsuchens des Ureters im Ligamentum latum vor, den Eintritt des Ureters ins Parametrium durch Hinüberlagerung des Uterus nach der anderen Seite und nach vorne sichtbar zu machen, hier einen kleinen Einschnitt ins Peritoneum machen und den sofort vorspringenden Ureter mit einem Häkchen zur Seite zu ziehen. Von hier aus kann die ganze hintere Ligamentplatte bis tief hinab durchtrennt werden.

Babcock (1) macht beim operativen Aufsuchen des Ureters in zweifelhaften Fällen auf die eigenartige Peristaltik des Ureters aufmerksam, die durch das Peritoneum hindurch erkennbar ist.

Birnie (5) schlägt zur Freilegung des Beckenabschnittes des Ureters vor, bei Beckenhochlagerung nach medianer suprasymphysärer Inzision und Eröffnung des Cavum Retzii die Umschlagfalte des Peritoneums auf die Blase von der Seite nach der Mitte zu abzuschieben und so den Ureter zugänglich zu machen.

Judd (26) befürwortet ebenfalls die Blosslegung des untersten Ureterabschnittes nach medianer suprapubischer Inzision, Ablösung des Peritoneums und Zurseiteziehen der Blase und entfernte auf diesem Wege in zwei Fällen Steine aus dem Ureter. Dieselbe Methode eignet sich zur partiellen Resektion der Blase wegen maligner Geschwülste (drei Fälle).

Stoeckel (50) verwirft bei Ureterverletzungen, bei der Blasenimplantation und Ureternaht nicht ausführbar sind, die Einpflanzung der Ureteren in den Darm und in den anderen Ureter, ebenso vorläufig die Einfügung von Schaltstücken in den Ureterdefekt und die Anlegung einer Ureterbauchdeckenfistel, sondern befürwortet die Ureterknickung und die Ureterknotung nach dem Vorgange von Kawasoye (s. Jahresber. Bd. 27. p. 486) zur Ausschaltung der Niere.

Kayser (28) fand unter 29 Ureterenverletzungen nur 2 geburtshilflichen Ursprungs, ferner 1 nach vaginaler Totalexstirpation wegen Karzinoms, dagegen 26 nach Freund-Wertheimscher Operation; die Häufigkeit der Ureterschädigungen bei letzterer Operation wird auf 15% berechnet. 9mal war die Durchtrennung beabsichtigt, 11mal unbeabsichtigt und 7mal war nur die Ureterscheide verletzt, wobei nur 2mal Fisteln auftraten. 7mal sind sekundär Ureterschädigungen (Nekrosen) aufgetreten. In 13 Fällen wurde der Ureter in die Blase implantiert, und zwar 12mal abdominal, 7mal primär (5mal eingeheilt) und 5mal sekundär (4mal eingeheilt), 4mal wurde der Ureter unterbunden und die Niere ausgeschaltet (2mal Tod an Urämie und 2mal nachträgliche Fistelbildung) und 1mal wurde nephrektomiert. Die beobachteten Heilungen sind aber nicht als Dauerheilungen anzusprechen. Bezüglich der Diagnose primärer Harnleiterverletzungen mit Harnerguss in die Bauchhöhle wird auf die Zunahme der Gefrierpunkterniedrigung des Blutes infolge von Harnresorption hingewiesen. In späteren Stadien wird die Kystoskopie, eventuell unter Benützung der Indigkarminprobe, die Sondierung des Ureters und die Röntgenaufnahme bei Kollargolfüllung des Nierenbeckens und Ureters empfohlen. Für die notwendig werdende Nierenfunktionsprüfung sind die

Phloridzinprobe, die Indigkarminprobe und die Prüfung des Harnstoffgehalts beider Seiten die besten Methoden, zu letzterem Zwecke eignet sich das Ureometer nach Esbach.

Unter den therapeutischen Verfahren wird den verschiedenen Methoden der direkten Ureternaht der Vorwurf gemacht, dass sie zu leicht zu Strikturbildung führen; die Einpflanzung in den anderen Ureter wird als zu gefährlich für die andere Niere verworfen, ebenso wegen des schlechten Dauererfolges die Einpflanzung in den Darm. Die beste Methode ist die Neueinpflanzung in die Blase, und zwar zu allermeist auf abdominalem Wege. Die Einpflanzung geschieht mittelst Faszienquerschnittes, Isolierung, Anfrischung und Schlitzung des proximalen Ureterendes und Einführung der beiden mit je einer Nadel armierten Lappen durch eine gerade genügende Blasenöffnung und Ausstossung der Nadel durch die Blasenwand von Schleimhaut zu Serosa 1 cm vom eingepflanzten Ureter entfernt. Es sollen möglichst wenig Nähte (meist zwei) und diese nicht in der Nähe der neuen Einmündung gelegt werden, um Ödem und Anurie zu verhüten. Gelingt die Einpflanzung nicht, so ist gelegentlich eine der vorgeschlagenen Plastiken (z. B. unter Verwendung des Wurmfortsatzes) zu versuchen. Der Nahtverschluss des Ureters setzt genaue Kenntnis der Funktion der anderen Niere voraus und hat den Nachteil späterer Fistelbildung und bei Infektion die Entstehung einer Pyonephrose. Für manche Fälle bleibt als ultima ratio die Nephrektomie gerechtfertigt.

In der Diskussion wird bei hochsitzenden Ureterverletzungen von Lotsch die temporäre Anlegung einer Nierenfistel empfohlen.

Frankenstein (16) bespricht die verschiedenen Verfahren der Versorgung des bei Becken- und Bauchoperationen verletzten Ureters, wenn eine Neueinpflanzung in die Blase nicht möglich ist, und gibt der Unterbindung des Ureters mit Ausschaltung der Niere den Vorzug. Ein Fall, der $2\frac{1}{2}$ Jahre nach der Operation noch in sehr gutem Gesundheitszustand war, wird angeführt.

Sejournet (48) fand aus den bisher veröffentlichten (74) Fällen von Ureternaht, dass die Resultate um so besser sind, je vollkommener die Aneinanderpassung der durchschnittenen Enden ausgeführt wurde. End-zu-End-Naht ergab weniger leicht Strikturbildung als Invagination. Die Nahtstelle soll womöglich mit Netz sorgfältig gedeckt werden; eine Drainage der Nahtstelle ist nicht notwendig, aber ein Akt der Vorsicht.

Engström (12) teilt einen Fall von Uretereinpflanzung (nach Durchschneidung bei Operation eines retroperitonealen Tumors) in das Colon descendens mit, in dem die Einpflanzung seit 15 Jahren vollkommen gut und ohne Infektion funktioniert.

Siehe ferner Ureterscheidenfisteln, Hydronephrose und Nierensteine.

---

f) Harngenitalfisteln.

1. Harnröhren- und Harnscheidenfisteln.

1. *Boldt, H., Reparative operation on the bladder. New York Obst. Soc. Sitzg. vom 18. Nov. 1913. Amer. Journ. of Obst. Bd. 69. p. 344.
2. *Grégoire, R., Restauration de la vessie par le procédé d'Heitz-Boyer-Hovelacque. Journ. d'Urol. Bd. 6. p. 45.
3. *Halban, Defekt der Urethra. Geb.-gyn. Ges. Wien. Sitzg. vom 20. Mai 1913. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 275.
4. *Kriwsky, Zur infrasymphysären Punktion der Harnblase. Ärztezeitg. (russ.) 1913. Nr. 6. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. p. 104.
5. *Werelius, A., Traumatic detachement of the bladder from symphysis pubis with complete severance of urethra. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 62. p. 1722.

Boldt (1) beschreibt einen Fall von Blasenscheidenfistel mit Verlust der Urethra mit Ausnahme des Orificium externum, das linkerseits noch erhalten war, nach Zangenoperation. Durch Ablösung der Schleimhaut um die Blasenfistel und Darübernähen der Scheidenschleimhaut bis zur Stelle des Orificium externum urethrae wurde die Fistel geschlossen und Kontinenz erzielt.

Halban (3) beschreibt einen vollständigen Defekt der Urethra, des Sphinktergebietes und des distalen Teiles des Blasenhalses, die mit Wahrscheinlichkeit auf Zerstörung durch ein Ulcus molle zurückgeführt wird. Für die Operation wird auf die Schwierigkeit des Sphinkterersatzes hingewiesen.

In der Diskussion macht Latzko darauf aufmerksam, dass der Sphinkter meistens noch teilweise erhalten ist und seine Reste wieder vereinigt werden können. Christofoletti und Weibel teilen ähnliche Fälle mit, letzterer einen nach Zangenoperation entstandenen partiellen Defekt, in welchem durch gründliche Umschneidung die Fistel geschlossen wurde, aber ohne dass Kontinenz eintrat, die erst später durch breite Resektion und Anfrischung erzielt wurde.

Grégoire (2) beschreibt einen Fall von vollständigem Verlust der hinteren Blasen- und Harnröhrenwand nach einer nicht näher zu ermittelnden Scheidenoperation bei einer 50jährigen Frau. Da ein Schluss des Defekts völlig ausgeschlossen war, wurden nach Laparotomie die Ureteren in den ausgeschalteten unteren Rektumabschnitt eingepflanzt und der obere Abschnitt vor dem Kreuz- und Steissbein herabgezogen und in die hintere Hälfte des Anus eingenäht. Heilung, jedoch wurde Harnkontinenz nicht erzielt.

Werelius (5) beschreibt einen Fall von ausgedehnter Blasenharnröhrenscheidenfistel nach instrumentell beendigter Geburt, mit Verlust fast der ganzen vorderen Scheidenwand und der Harnröhre und Vorfall der von der Symphyse losgerissenen Blase durch den Defekt. Nach zweimaligem vergeblichen Versuch wurde der Defekt durch Anfrischung und Vernähung der Labia minora zum Verschluss gebracht.

Kriwsky (4) empfiehlt besonders bei Harnröhrenplastik die Stöckelsche infrasymphysäre Punktion der Harnblase. Vier Fälle.

2. Blasenscheiden- und Blasencervixfisteln.

1. *Bachrach, R., Totalausschaltung der Blase bei Blasenscheidenfistel. Ges. d. Ärzte Wien. Sitzg. vom 1. Mai. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 27. p. 636.
2. Beckmann, W., Kaiserschnitt bei narbiger Vaginalstenose nach Blasenscheidenfisteloperation. Shurn. akush. i shensk. bolesn. 1913. März. (Schwierige Fisteloperation bei Blasenscheidenfistel nach Zangenentbindung. Später Kaiserschnitt wegen vaginaler Narbenstenose.)
3. *Bertino, Beitrag zur Ätiologie und Behandlung der Urogenitalfisteln. Ginec. Bd. 10. Nr. 13.
4. Brosz, A., Uterusrupturen. Ärzteverein Budapest. Gyn. Sektion. Sitzg. vom 10. Febr. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 812. (Eine Blasenscheidenfistel bei Uterusruptur, in einer Sitzung zum Verschluss gebracht.)
5. Burgess, A. H., Diagnosis of ureterovaginal and vesicovaginal fistulae. Clin. Journ. London. Bd. 42. Nr. 31.
6. *Drueck, Ch. J., Genital fistulae in the female. Med. Record. New York. Bd. 85. p. 15.
7. *Ferroni, Operation von Vesikovaginalfisteln. Geb.-gyn. Ges. d. Emilia u. d. Marken. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 697.
8. Fraser, F. C., New operation for cure of vesico-vaginal fistula. Ind. Med. Gaz. Calcutta. Bd. 49. Nr. 5.
9. *Kelly, A. H., Operation der Blasenfistel nach Uterusexstirpation. Southern Surg. and Gyn. Assoc. 16. Dez. 1913. Atlanta. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 697.
10. *v. Kubinyi, P., Zur Kystoskopie bei Blasenfisteln. Zeitschr. f. gyn. Urol. Bd. 5. p. 1.
11. *Küstner, Geheilte Blasenscheidenfistel. Schles. Ges. f. vaterl. Kultur. Sitzg. vom 19. Juni. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 51. p. 1486.
12. v. Langsdorff, Geheilte Blasenscheidenfistel. Ärztl. Verein Essen-Ruhr. Sitzg. vom 3. März. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 51. p. 854. (Durch Transkondomoskopie wurde die Unversehrtheit der Ureteren und die Lage der 4 cm langen, $1\frac{1}{2}$ cm breiten Fistel festgestellt.)
13. *Latzko, Behandlung hochsitzender Blasen- und Mastdarmscheidenfisteln nach Uterusexstirpation mit hohem Scheidenverschluss. Geb.-gyn. Ges. Wien. Sitzg. vom 9. Dez. 1913. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 906.
14. *Maclean, E., Blasen-Uterus-Scheidenfistel, durch Einpfropfen der Cervix in die Blasenwand geheilt. Journ. of Obst. and Gyn. of Brit. Emp. Bd. 24. Nr. 5.

15. *Mac Munn, J., Aids in rectal and vesico-vaginal surgery. Brit. Med. Journ. Bd. 1. p. 591.
16. *Marcy, H. O., Vesico-vaginal fistula and recto-vaginal fistula. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 63. p. 238.
17. Muret, Zur Symptomatologie der Blasenscheidenfisteln. Gyn. Helvet. Frühjahrsausgabe.
18. *Nagel, W., Über einen Fall von geheilter Uterovesikalfistel mit abdominaler Exstirpation des Uterus. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 51. p. 1703.
19. Natanson, Blasenverletzung bei Kolpotomie behufs Amputatio corporis; Vesikovaginalfistel, nach sechs Wochen vernäht. Przegl. Lek. Bd. 9. p. 110. Ref. Gyn. Rundschau. Bd. 8. p. 413.
20. *Nijhoff, Operative Behandlung von kleineren Vesikovaginalfisteln. Nederl. gyn. Vereenig. Amsterdam. Sitzg. vom 9. März. Gyn. Rundschau. Bd. 9. p. 346.
21. *Oberndorfer, Druckusur und Perforation des Blasenhalses durch ein Vaginalpessar. Gyn. Ges. München. Sitzg. vom 18. Juni. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. p. 687.
22. *Paris, J., und F. Francey, Indications et technique de la voie transvésicale pour la cure des fistules vésico-vaginales. Journ. d'Urol. Bd. 5. p. 311.
23. *Rosinski, Geheilte umfangreiche Vesikovaginalfistel. Nordostdeutsche Ges. f. Gyn. Sitzg. vom 29. Nov. 1913. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 257.
24. *Rubin, J. C., Vesico-vaginal fistula in child eight years old; spontaneous cure following removal of hairpin. Amer. Journ. of Obst. Bd. 69. p. 1075.
25. Schülke, Die operative Behandlung der Urinfisteln. Inaug.-Diss. Jena 1912. (Übersichtliche Darstellung der gebräuchlichen Methoden.)
26. *Schulze-Berge, Über Behandlung von Blasenscheidenfisteln unter Mitteilung eines Falles von komplizierter Blasenscheidenfistel durch Schluss der Blase und Anlegung einer Fistel zwischen Blase und Colon sigmoideum. Bemerkung über Blasenbildung aus dem Darme. Frauenarzt. Heft 6.
27. Stewart, C. M., Closure of vesico-vaginal fistula which had followed hysterectomy. Colarodo Med. Denver. Bd. 11. Nr. 11.
28. Wagner, G. A., Schädigung bei Radiumbehandlung. Ges. d. Ärzte Wien. Sitzg. vom 13. Febr. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 27. p. 164. (Zwei Fälle von Blasenscheidenfisteln nach Anwendung hoher Radiumdosen.)
29. *Ward, G. G., Report of a case of vesico-vaginal fistula with unusual phosphatic deposit. New York. Ac. of Med. Sect. on Obst. and Gyn. Sitzg. vom 21. April. Amer. Journ. of Obst. Bd. 70. p. 200.
30. Watkins, A., Vesicovaginal fistula. Arkansas Med. Soc. Journ. Little Rock. Bd. 11. Nr. 4.

Bertino (3) hebt die Häufigkeit der Blasenscheidenfisteln in Sardinien — wegen der mangelhaften Geburtshilfe und der Häufigkeit des engen Beckens — hervor. Er empfiehlt zur Operation die Ablösung der Blasen- von der Scheidenwand und die Vernähung mit Seide. Nach der Operation wird Dauerkatheter oder häufiger Katheterismus empfohlen.

Drueck (6) schlägt den Verschluss von Blasenscheidenfisteln mittelst Übernähen je eines Lappens, der zu beiden Seiten der Fistel aus der Scheidenschleimhaut entnommen ist, vor. Die Nachbehandlung besteht in Einlegen eines Dauerkatheters, der in 24 Stunden 1—2 mal herausgenommen und wieder eingeführt wird.

Ferroni (7) beschreibt einen Fall von 11 maligem vergeblichen Versuch der vaginalen Operation einer Blasenscheidenfistel; der Versuch der Einpflanzung der Harnleiter in den Darm hatte zu einer Harn- und Kotfistel und Abszessbildung, die Nephrektomie zu perirenalem Abszess geführt. Schliesslich gelang es Ferroni nach einer einzigen vaginalen Operation die Fistel zu schliessen. In einem zweiten Falle waren neun vergebliche Versuche auf vaginalem, zwei auf suprapubischem Wege und ein Kolpokleisisversuch vorausgegangen; auch diese Fistel konnte nach Durchtrennung der Kolpokleisis durch eine einzige vaginale Operation geschlossen werden. In beiden Fällen wurde die Verdoppelungsmethode angewendet.

v. Kubinyi (10) empfiehlt, um bei grossen Blasenscheidenfisteln die Kystoskopie zu ermöglichen, die Ausführung einer temporären Kolpokleisis durch Anlegung einer zirkulären Tabaksbeutelnaht um die Scheide. In einem mitgeteilten Falle von nach Wendung und Extraktion entstandener grosser Blasen-Cervixfistel leistete das Verfahren in bezug auf Feststellung des Sitzes und der Ausdehnung der Fistel gute Dienste. Die Fistel wurde

nach Trennung von Cervix und Blase bis zur Peritonealfalte durch Naht des Blasen- und Cervixdefektes und Übernähen der Scheide in einer Sitzung geschlossen.

Küstner (11) konnte bei einem vier Wochen vorher nach seiner Methode operierten Falle von Blasenscheidenfistel bei der Sektion (Tod an Pneumonie) nachweisen, dass sowohl in der Scheide als in der Blase eine lineare zarte Narbe bestand, obwohl die Blasenschleimhaut nicht mitgenäht worden war (zur Vermeidung einer Schnürung des Ureters).

Mac Munn (15) schlägt für Blasenscheidenfisteloperationen bei stark kontrahierter Blase die Ausdehnung der letzteren mittelst luftgefüllten Ballons vor.

Marcy (16) legt bei der Operation der Blasenscheidenfisteln ausser auf die breite Trennung der Blasen- von der Scheidenwand das Hauptgewicht auf die Anwendung aseptischen, versenkbaren Nahtmaterials, wofür er chromisierte Känguruhsehnen empfiehlt, mit denen die Blasenwand in doppelter Nahtlinie vereinigt und die Vaginalwand übergenäht wird. In der Diskussion befürwortet auch Bovée die ausgedehnte Lösung der Blasenwand von der Scheidenwand.

Nijhoff (20) umschneidet bei kleineren Blasenscheidenfisteln 3 mm vom Fistelrand die Öffnung durch Inzision der Vaginalwand, trennt dann Blasen- und Scheidenwand und legt eine Tabaksbeutelnaht ohne Knüpfung der Fäden 3 mm von dem am Fistelrand noch sitzenden umschnittenen Vaginalring. Nun wird der am Fistelrand noch sitzende Vaginalring abgetragen, der Fistelrand nach innen gedrückt, die Tabaksbeutelnaht zugezogen und die Vaginalwunde mit Knopfnähten geschlossen.

Rosinski (23) brachte eine grosse, nach Perforation des Kopfes entstandene Blasenscheidenfistel durch ausgiebige Lospräparierung der Blase aus ihrer Umgebung und doppelte Naht von Blasen- und Scheidendefekt zur Heilung.

In der Diskussion teilt Schröder einen Fall von Blasen-Cervixfistel mit, die wahrscheinlich durch Punktion einer Hämatometra mittelst Troikars entstanden war. Die Operation bestand in Lösung der Cervix von der Blase und Vernähung; eine zurückbleibende Blasenscheidenfistel wurde sekundär geschlossen.

Paris und Francey (22) rühmen der transvesikalen Operation der Blasenscheidenfisteln den Vorzug nach, dass die Fistelöffnung viel besser und direkt zu Gesicht gebracht und mit Schonung der Harnleiter vernäht werden kann, ausserdem dass sie eine ausgiebige Drainage der Blase erlaubt. Sechs geheilte Fälle werden mitgeteilt.

Maclean (14) nähte in einem früher durch direkte Anfrischung erfolglos operierten Falle von geburtshilflicher Blasen-Cervix-Scheidenfistel die angefrischte hintere Muttermundslippe in die Fistel ein. Das funktionelle Resultat war gut, nur zur Zeit der Menses trat häufiger Harndrang und Inkontinenz bis zur Entleerung des Blutes per urethram ein.

Nagel (18) führte bei einer nach Zangenentbindung entstandenen Uterovesikalfistel, die wegen ausgedehnter Narbenbildung im oberen Teil der Scheide und um die Cervix nicht zugänglich zu machen war, die Totalexstirpation des Uterus von der Bauchhöhle aus, vernähte die Fistel und schloss darüber das Peritoneum unter Drainage nach der Scheide. Die Fistel heilte jedoch nicht, konnte aber nach 13 Monaten von der Scheide aus zugänglich gemacht und durch Anfrischung und Naht mit Erfolg operiert werden.

Kelly (9) empfiehlt bei Blasenfisteln nach Uterusexstirpation das Peritoneum nach Durchtrennung der Narbe im Scheidengrund breit zu eröffnen, um die Fistel beweglich und zugänglich zu machen; zuweilen muss vorher ein paravaginaler Schnitt ausgeführt werden. Nach Schluss der Fistel wird das Peritoneum drainiert.

Latzko (13) empfiehlt bei hochsitzenden Blasenscheidenfisteln nach Uterusexstirpation die ringförmige Anfrischung der Scheidenwand unmittelbar unterhalb der Fistel mit Vernähung, also die hohe Kolpokleisis. Zwei Fälle, darunter einer von fünfmarkstückgrosser Fistel, auf deren Rande ein Ureter mündete, wurden mit Erfolg operiert. In der Diskussion empfiehlt auch Wertheim diese Methode, besonders bei Fisteln, die nach Karzinomoperation mit Übergreifen des Karzinoms auf die Blase entstanden waren.

Schulze-Berge (26) trennte in einem Falle von zweimal vergeblich operierter Blasenscheidenfistel (nach Uterusexstirpation) die vordere Blasenwand von der Symphyse und von der Harnröhre ab, frischte die Fistelränder an und schloss durch Naht die Blase ab; hierauf wurde am Blasenscheitel eine 1 cm lange Verbindung zwischen Blase und S romanum angelegt und peritonealisiert. Heilung nach vorübergehender Fistelbildung. In einem zweiten Falle (nach Totalexstirpation der Blase wegen Karzinoms) wurde das Endstück des Jejunums mit dem Cökum ausgeschaltet, die Ureteren in dieses Darmstück eingepflanzt und die Spitze der Appendix in die Flexur eingenäht. Der Harn entleerte sich aus dem Rektum, jedoch trat Exitus infolge der vorangegangenen starken Blasenblutungen ein.

Bachrach (1) beschreibt einen Fall von mehr als 10 mal vergeblich operierter geburtshilflicher Blasenscheidenfistel, bei der schliesslich wegen rezidivierender Steinbildung durch chronische inkrustierende Cystitis die Blase ausgeschaltet und nach Laparotomie die beiden Ureteren im oberen Winkel der Bauchwunde median herausgeleitet und eingenäht wurden. Eine Metallkapsel ohne Kautschukdichtung dient als Harnrezipient.

Rubin (24) entfernte aus der Scheide eines achtjährigen Kindes eine Haarnadel, die an zwei Stellen das Septum vesicovaginale durchbohrt und Fisteln bewirkt hatte. Nach Entfernung des Fremdkörpers, Urotropindarreichung und Ätzungen der Fisteln mit Silbernitrat schlossen sich diese von selbst.

Oberndorfer (21) beobachtete Blasenscheidenfistel durch Druckusur des Blasenhalses durch ein Vaginalpessar; ein Fragment des letzteren lag frei im Blasenhals. Es bestand chronisch-eitrige Cystitis, aber kein Harnabgang durch die Fistel.

Ward (29) entfernte einen kirschgrossen Phosphatstein, der sich nach Operation einer Blasenscheidenfistel in dem Septum vesicovaginale gebildet hatte, von der Scheide aus; aus dem Bette des Steins führte eine feine Öffnung in die Blase; Blasen- und Scheidenwand wurden getrennt vernäht. Die ursprüngliche Blasenscheidenfistel war durch Abgleiten eines Blattes der Tarnierschen Zange entstanden.

Siehe ausserdem Blasensteine.

3. Harnleiterscheidenfisteln.

1. Burkardt, Harnleiterfistel nach Zangenentbindung. Nürnberger med. Ges. u. Poliklin. Demonstrationsabend. 26. Febr. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 51. p. 672. (Extraperitoneale Einpflanzung in die Blase, Umkleidung der Nahtstelle durch Peritoneum.)
2. *Küstner, Geheilte Ureterfistel. Gyn. Ges. Breslau. Sitzg. vom 16. Dez. 1913. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 374.
3. *Lassale, M., Contribution à l'étude des fistules urétéro-vésicales et à leur traitement. Thèse de Lyon. 1913.
4. Sacharin, Die Operationen an Urethra, Blase und Ureteren an der Universitätsklinik zu Freiburg von 1904—1913. Inaug.-Diss. Freiburg 1913. (Sechs Fälle von Blasenscheiden- und zwei von Ureter-Scheidenfisteln, fünfmal geburtshilflichen Ursprungs; sechs primäre Heilungen, einmal Heilung nach der zweiten Operation; ein Fall blieb trotz siebenmaliger Operationsversuche ungeheilt.)

Küstner (2) beschreibt einen Fall von Ureterscheidenfistel nach extraperitonealem Kaiserschnitt, die durch extraperitoneale Neueinpflanzung in die Blase nach Witzel geheilt wurde.

In der Diskussion betont Asch, dass nach bestehenbleibenden Ureter-Scheidenfisteln eine Nierenatrophie ohne Hydronephrosenbildung langsam einzutreten pflegt. Ein gleicher Fall von Ureter-Scheidenfistel nach extraperitonealem Kaiserschnitt mit Neueinpflanzung in die Blase wird von Baumm mitgeteilt.

Lassale (3) verlangt für die Neueinpflanzung der Ureteren bei der Operation der Ureter-Scheidenfisteln, dass der Ureter möglichst wenig gezerrt werde, dass möglichst wenig Nähte (und zwar Catgut) angelegt werden, dass die Operation, um Infektion zu vermeiden, möglichst hinausgeschoben werde und endlich dass eine Knickung des Ureters vermieden werde.

Engström (e. 12) pflanzte in zwei Fällen von operativ entstandener Ureter-Scheidenfistel den Ureter intraperitoneal in die Blase ein (in einem Falle Exitus an Pneumonie).

Siehe ausserdem Ureterenchirurgie.

g) Chirurgische Krankheiten der Niere.

1. Anatomie, normale und pathologische Physiologie.

1. Asher, L., und R. G. Pearce, Die sekretorische Innervation der Niere. Zeitschr. f. Biol. Bd. 63. Heft 3/4. (Siehe Jahresbericht Bd. 27. p. 452.)
2. Cathelin, F., Grundsätze der chirurgischen Physiopathologie der Nieren. Amer. Journ. of Urol. Bd. 9. p. 478. (Übersichtsartikel.)
3. *Childs, S. B., und W. M. Spitzer, A study of the normal kidney, its pelvis and ureter, with stereopticon views. Amer. Med. Assoc. 64. Jahresvers. Sect. in gen.-ur. dis. New York. Med. Journ. Bd. 98. p. 47.
4. *Hammesfahr, Experimentelle Beobachtungen über den Sekretionsdruck der Nieren. Berl. urol. Ges. Sitzg. vom 30. Juni. Zeitschr. f. Urol. Bd. 8. p. 695 u. 710.
5. *Jeanneney, Anomalies des artères du rein (artères polaires). Soc. anat.-clin. de Bordeaux. Sitzg. vom 16. Febr. Journ. de Méd. de Bordeaux. Bd. 85. p. 506.
6. *Jonnesco, V., De la signification de la dégénérescence granuleuse et des lésions cytolytiques dans le rein après ligature ou excision du rein du coté opposé. Semaine méd. Bd. 34. p. 289.
7. *Michailoff, S., Die Rolle der Reservekraft der Niere nach Nephrektomie. XIII. russ. Chirurgenkongr. Zentralbl. f. Chir. Bd. 41. p. 1418.
8. *Nuzum, F., Retroaortic left renal veins. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 62. p. 1238.
9. *Peter, C., Der feinere Bau der Niere. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 2365.
10. *Razzaboni, G., La torsione del rene. Bologna. Ref. Zentralbl. f. Chir. Bd. 41. p. 831 und Arch. de Méd. expér. Nr. 2. p. 165.
11. *Schwarz, O., Über die Beeinflussung der Nierenfunktion durch periphere Behinderung des Harnabflusses. Wiener med. Wochenschr. Bd. 64. p. 586.
12. Smirnoff, J., Zur topographischen Anatomie des Nierenhilus. XIII. russ. Chirurgenkongr. Zentralbl. f. Chir. Bd. 41. p. 1419.
13. *Wossidlo, E., Funktion der hypertrophischen Niere. Berl. med. Ges. Sitzg. vom 25. Febr. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 40. p. 569.

Childs und Spitzer (3) bestimmten auf pyelographischem Wege (Kollargolfüllung) Grösse und Gestalt des normalen Nierenbeckens und Ureterverlauf. Die Länge des Ureters ist für die Diagnose einer Nephroptose von Wichtigkeit; in 60% der Fälle fanden sich Schlängelungen des Ureters. Das Nierenbecken kann vierseitig, birnförmig, konkav und glockenförmig gestaltet sein. Im Stehen fand sich die Niere bis zu 3,5 cm tiefer gelagert als im Liegen.

Peter (9) beschreibt den feineren Bau der Kaninchenniere, an der er in der Rinde zwei Schichten, die Pars convoluta und die Pars radiata (Markstrahlen) und an der Marksubstanz eine Aussen- und eine Innenzone unterscheidet; jeder dieser Schichte entsprechen ganz bestimmte Abschnitte des Kanälchensystems.

Jeanneney (5) macht auf die akzessorischen, zum oberen oder unteren Pol verlaufenden Nierenarterien aufmerksam, die einerseits auf deren Gefässgebiet beschränkte Veränderungen (z. B. Embolien), andererseits bei Nephroptose die Entstehung einer Hydronephrose erklären, die operative Freilegung der Nieren und die Nephrektomie erschweren und die isolierte Unterbindung verlangen.

Nuzum (8) stellt fest, dass alle linksseitigen, hinter der Aorta verlaufenden Nierenvenen schief verlaufen und hinter der Aorta in die Vena cava einmünden.

Hammesfahr (4) stellt fest, dass bei längerer Stauung im Nierenbecken der Sekretionsdruck der Nieren absinkt, ferner dass durch relative Abflusshindernisse der Sekretionsdruck vermindert wird; dasselbe geschieht bei Pyelonephritis, bei Chrom- und Kantharidinvergiftung. Diuretika bewirken verhältnismässig geringe vorübergehende Steigerung des Sekretionsdruckes. Die Narkose ist auf den Druck von geringem Einfluss. Stauung bewirkt reaktive Polyurie.

In der Diskussion bemerkt Roth, dass selbst kurzdauernde Harnstauungen zu schweren Nierenfunktionsstörungen führen können. Franz hebt hervor, dass Unterbindung des Ureters nicht zu Hydronephrose führen muss und symptomlos bleiben kann, weil der Sekretionsdruck sofort sinkt; ebensowenig konnte Roth durch Ureterunterbindung Hydronephrose erzeugen.

Schwarz (11) weist nach, dass bei dauernder peripherer Abflussbehinderung in der Schädigung der Niere ein Stadium auftritt, in dem die Gesamtausscheidung des Phenol-

sulfophthaleins noch annähernd normale Werte erreicht, während die Niere nicht mehr imstande ist, die für den Gesunden charakteristische Konzentrationsdifferenz zwischen den in der ersten und zweiten Stunde ausgeschiedenen Werten herzustellen. Nach Beseitigung des Abflusshindernisses tritt in vielen Fällen der normale Ausscheidungstypus wieder auf.

Razzaboni (10) fand bei Tierversuchen, dass bei Torsion der Niere um ¼—½ keine schädlichen Folgen für das Nierengewebe eintreten, nur bei längerem Bestehen der Torsion kam es zu partieller interstitieller Sklerose. Stärkere Torsionen (1—3mal) führten zu Erweichung der Nierensubstanz und später zu diffuser Schrumpfung mit Kalkablagerungen. Die gleichzeitige Enthülsung kann den Eintritt dieser Veränderung nicht verhüten. In der anderen Niere entwickeln sich Veränderungen, die der kompensatorischen Hypertrophie angehören.

Wossidlo (13) fand bei Karmininjektion nach Exstirpation einer Niere, dass in der ersten Woche der Farbstoff in die temporär erweiterten Harnkanälchen der zurückgebliebenen Niere in Zylindern ausgeschieden wird. Nach acht Wochen war vollständige Restitution und Hypertrophie der Nierenelemente eingetreten.

Michailoff (7) unterscheidet drei Typen des vikariierenden Eintritts der zurückgelassenen Niere nach Nephrektomie: 1. Gleichmässiger Eintritt der Diurese vom ersten bis zum achten oder neunten Tage zunehmend und dann normal bleibend; 2. unregelmässiger, sprunghafter Verbrauch der Reservekraft — besonders nach Nephrektomie wegen Tuberkulose und Neubildung; schwache Reaktion auf Phloridzin- und Indigkarminprobe; 3. Unzulänglichkeit und rasche Erschöpfung der Reservekraft, bei denjenigen Fällen beobachtet, bei welchen vor der Operation eine konstante erhebliche kompensatorische Hypertrophie der gesunden Niere mit Polyurie beim Harnleiterkatheterismus besteht und bei Phloridzin- und Indigkarminprobe der Zucker und der Farbstoff rasch im Harn auftreten, während die Probe mit der experimentellen Polyurie negativ ausfällt. Aus diesen Symptomen muss eine strikte Kontraindikation gegen eine Nephrektomie gefolgert werden.

Jonnesco (6) beschreibt als unmittelbare Folge der Ligatur oder Exstirpation einer Niere in der anderen Niere das Auftreten von Cytolyseinseln, von granulösem Zustand der Epithelien der gewundenen Kanälchen, Veränderungen der Zellstruktur des aufsteigenden Astes der Henleschen Schleifen und Hypertrophie der Glomeruli, ausserdem rasche Vermehrung der Kerne an bestimmten Stellen des Epithels der gewundenen Kanälchen; diese Veränderungen sind mit Ausnahme der Zellhypertrophie nach 24 Stunden nicht mehr nachweisbar. Der granulöse Zustand ist als Vorstadium der Hypertrophie aufzufassen, die Cytolyse betrifft diejenigen Elemente, die plötzlich den gesteigerten Anforderungen nicht mehr gewachsen sind und ist nicht auf eine elektive Wirkung von Nephrotoxinen zurückzuführen.

2. Diagnostik.

1. Abell, J., Diagnosis and surgical lesions of urinary tract. Kentucky Med. Journ. Bowling Green. Bd. 12. Nr. 17.
2. *Albrecht, H., Zur Frage der Gefährlichkeit der Pyelographie. Gyn. Ges. München. Sitzg. vom 26. Febr. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. p. 624.
3. *Alexander, B., Vergleichsbilder der Nieren und Nierengegenden. Fortschr. d. Röntgenstr. Bd. 21. Heft 5.
4. *Ambard, Der Nutzen des Nachweises der Ambardschen Konstanten der Harnstoffsekretion. Soc. méd. des Hôpit. Sitzg. vom 5. Dez. 1913. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 51. p. 429.
5. *Arcelin, Zur Pyelographie. Bull. et Mém. de la Soc. de Radiologie. April.
6. *Bachrach, R., und R. Loewy, Zur Klinik der Nierenerkrankungen im Lichte der neuen funktionellen Prüfungsmethoden. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 27. p. 314.
7. Barbosa, N., A proposito da constante de Ambard. Brazil.-Medico Rio de Janeiro. Bd. 28. Nr. 8. (Anerkennung des Wertes der Methode.)
8. *Barringer, B. S., Der diagnostische Wert des Phenolsulphonphthaleins zur Beurteilung der Nierenfunktion. Vereinig. amer. Urologen. 1913. Zeitschr. f. Urol. Bd. 8. p. 264 und Surg., Gyn. and Obst. Bd. 17. Nr. 6.
9. Bastianelli, R., Ciò che deve la chirurgia urinaria alla costante di Ambard. Riv. osped. Bd. 4. Nr. 12.
10. *Bauer, R., und P. Habetin, Moderne Nierenfunktionsprüfung. Zeitschr. f. Urol. Bd. 8. p. 353.

11. Billiard, A., Die Röntgenphotographie des Harnapparates in der täglichen Praxis. Revue prat. des mal. des org. gén.-ur. Nr. 63. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 1248. (Beschreibung der Technik.)
12. *Block, The effect of operation on kidney excretion as indicated by the phenolsulphonephthalein test. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 62. p. 1309.
13. *Blum, V., Kollargolfüllung des Nierenbeckens. Arch. f. klin. Chir. Bd. 103. Heft 3.
14. — Renal diagnosis in medicine and surgery. Aus dem Deutschen übersetzt von B. Christopherson. New York, W. Wood and Co.
15. Bosler, A., Über Nierenfunktionsprüfung bei Säuglingen und älteren Kindern. Zeitschrift f. Kinderheilk. Bd. 11. Heft 6. (Untersuchungen nach Schlayerscher Methode.)
16. *Bret, J., und R. Boulud, Le coéfficient azoturique de l'urine dans les affections rénales et les cardiopathies. Journ. d'Urol. Bd. 4. Nr. 2.
17. *Bromberg, R., Weitere Erfahrungen mit dem hämorenalen Index als Mittel zur Funktionsprüfung der Nieren. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 40. p. 118.
18. — Beitrag zur funktionellen Nierendiagnostik. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 85. Heft 2. (Siehe Jahresbericht Bd. 27, p. 463.)
19. *Buerger, L., Argyrol in the parenchyma of the kidney after pyelography. New York. Ac. of Med., gen.-ur. Sect. Sitzg. vom 18. März. New York. Med. Journ. Bd. 99. p. 1057.
20. *— Concerning renal lesions after pyelography. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 19. Nr. 4.
21. Butler, J. I., Functional capacity of kidney and consideration of quantitative methods of its determination. Arizona Med. Journ. Phönix. Nr. 3.
22. Caldwell, E. W., und H. M. Imboden, Roentgen stereography in diagnosis of urinary calculi. New York State Journ. of Med. Bd. 14. Nr. 3.
23. *Casper, L., Indikationen und Grenzen der Pyelographie. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 51. p. 1259.
24. *Cathelin, F., Harnstoffgehalt und Nierenfunktionsprüfung. XVII. franz. Kongr. f. Urol. Zeitschr. f. Urol. Bd. 8. p. 194.
25. *— Les acquisitions récentes dans l'étude des fonctions rénales. Fol. urol. Bd. 8. Nr. 6.
26. *Caulk, J. R., und T. M. Davis, Phthalein test for renal function with relation to operative procedures. Missouri State Med. Assoc. St. Louis. Bd. 10. Nr. 6.
27. *Cholzow, B. N., Die Bedeutung der Koeffizienten von Ambard für die Bestimmung der Arbeitsfähigkeit der Nieren. R. Wratsch. Nr. 13. Ref. Zentralbl. f. Chir. Bd. 41. p. 1170.
28. Clark, J. G., und F. E. Keen, Relationship between urinary system and dieseases of female pelvic organs. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 18. Nr. 1. (Betont die Wichtigkeit der Untersuchung von Blase, Ureter und Nieren bei Erkrankungen der weiblichen Beckenorgane.)
29. *Comrie, J. D., Phenylsulphonephthalein test of the renal function. Edinburgh Med.-Chir. Soc. Sitzg. vom 4. März. Lancet. Jahrg. 92. Bd. 1. p. 826.
30. *Crowell, A. J., Collargol in pyelography. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 63. p. 1387.
31. Deaderick, W. H., Tests of renal function. Arkansas State Med. Soc. Journ. Little Rock. Bd. 11. Nr. 2.
32. *Deutsch, F., und W. Schmuckler, Die Prüfung der Nierenfunktion mit Phenolsulphophthalein und der Schlayerschen Untersuchungsmethode. Deutsches Arch. f. klin. Med. Bd. 114. Heft 1/2.
33. *Dietsch, C., Funktionelle Nierendiagnostik mittelst Phenolsulphophthalein. Zeitschr. f. exp. Eath. u. Ther. Bd. 14. Heft 3.
34. *Doll, H., und R. Siebeck, Untersuchungen an Nierenkranken. II. Über die träge Einstellung der Sekretion bei Belastung. Deutsches Arch. f. klin. Med. Bd. 116. Heft 5/6.
35. *Eisendraht, D. N., The effect of injecting collargol into the renal pelvis. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 62. p. 1392.
36. Filho, A. B., A propos d'un point de technique dans le cathétérisme des uretères. Journ. d'Urol. Bd. 5. p. 69. (Modifikation des Albarranschen Kystoskops, die die Einführung der beiden Katheter in die Ureteren ohne Kreuzung und die Entfernung des Kystoskops nach Einführung der Katheter erlaubt.)
37. *Franke, F., Der Urinseparator von Luys. Ärztl. Kreisverein Braunschweig. Sitzg. vom 14. März. Med. Klinik. Bd. 10. p. 1037.

38. *Frankland, W. A., Method of testing renal function with Phenolsulphonephthalein. Washington. Med. Annals. Bd. 13. Nr. 2.
39. *Frenkel u. Uhlmann, Beitrag zur funktionellen Diagnostik interner Nierenkrankheiten. Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 79. Heft 5/6.
40. *Friedman, L., Pyelography an aid in the diagnosis of traumatic injury to the kidney. New York. Ac. of Med. Sect. on Obst. and Gyn. Sitzg. vom 24. Febr. Amer. Journ. of Obst. Bd. 69. p. 857.
41. Furniss, H. D., The use of indigocarmin intravenously. Amer. Med. Assoc. 64. Jahresvers. Sect. on gen.-ur. dis. New York. Med. Journ. Bd. 98. p. 48. (Siehe Jahresbericht Bd. 27, p. 464.)
42. *Gaillard, A. Th., Modern laboratory methods in the diagnosis of surgical diseases of the genito-urinary tract. Annals of Surg. Bd. 59. p. 267 u. 295.
43. *Geraghty, J. T., The value of renal functional tests to the surgeon and the limitation of these tests. New York. Ac. of Med. Sitzg. vom 5. März. Med. Record. Bd. 85. p. 683.
44. *— The value of various functional tests in the differential diagnosis of renal disease. Amer. Med. Assoc. 64. Jahresvers. Sect. on gen.-ur. dis. New York. Med. Journ. Bd. 98. p. 48.
45. *Göbell, Übersichtsröntgenbilder bei chriurgischen Nierenkrankheiten. Zentralbl. f. Chir. Bd. 41. Kongressbeilage. p. 106.
46. *Goldberg, T., Die Harnkryoskopie und die Phenolsulphophthaleinprobe im Dienste der funktionellen Nierendiagnostik. Zeitschr. f. gyn. Urol. Bd. 4. p. 243.
47. Gramenitzky, M. I., Technik der Untersuchung der freigelegten Niere. R. Wratsch. Bd. 13. Nr. 18.
48. *Griessmann, B., Ein Beitrag zur Funktionsprüfung kranker Nieren. Deutsches Arch. f. klin. Med. Bd. 114. Heft 1/2.
49. Guiteras, R., Narration of a few cases of nonfunctionating or derelict kidneys. Amer. Journ. of Surg. 1913. p. 136. (Kasuistik über 12 Fälle von vollständig funktionsloser oder exkludierter Niere, fünf durch Tuberkulose, sechs durch Steine — darunter zwei Fälle von kompletter Anurie — und einem nach Trauma durch Verstopfung des Ureters durch ein Blutgerinnsel; die Operation bestand teils in Nephrektomie, teils in Nephrotomie.)
50. Heath, P. M., Aseptic ureteral catheterisation. Lancet. 92. Jahrg. Bd. 1. p. 422. (Empfiehlt statt des Gummirohrs von Willan (116) die Benützung einer Leinenumhüllung des Katheters.)
51. *Hefter, J., und R. Siebeck, Konzentrationsverhältnis bei gesunden und kranken Nieren. Deutsches Arch. f. klin. Med. Bd. 114. Heft 5/6.
52. *Hess, O., Unsere Erfahrungen mit der Phenolsulphophthaleinmethode als Prüfungsmittel der Nierenfunktion. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 1835 ff.
53. *— Über funktionelle Nierendiagnostik mittelst Phenolsulphophthalein. Rhein.-westf. Ges. f. inn. Med. u. Nervenheilk. Sitzg. vom 17. Mai. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 2252.
54. *Hessel, K., Über Nierenfunktionsprüfung vermittelst Phenolsulphophthalein. Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. 114. Heft 3/4.
55. v. Hofmann, E., Über die Gefahren der Pyelographie. Fol. urol. Bd. 8. Nr. 7.
56. *Hydrick, J. L., Albuminuria following ingestion of phenolphthalein. Proc. of Amer. Soc. of Biol. Chem. Journ. of Biol. Chem. Bd. 17. p. 36. Ref. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 62. p. 1560.
57. Jacobson, L. A., Röntgenuntersuchung der Nieren. Med. Obozr. Bd. 80. Nr. 14.
58. Janowski, Th., Über die funktionelle Diagnostik der Nierenkrankheiten. Med. Klinik. Bd. 10. p. 234 ff. (Kritik der verschiedenen Methoden, vorwiegend in Hinsicht auf die Erkennung der Funktionsfähigkeit bei internen Nierenkrankheiten; es wird der Schluss gezogen, dass die gegenwärtigen Methoden der funktionellen Nierendiagnostik zurzeit noch als recht unvollkommen bezeichnet werden müssen.)
59. *Joseph, E., Die Pyelographie und ihre chirurgische Bedeutung. Berl. klin. Wochenschrift. Bd. 51. p. 946, 1051 und 1253.
60. *— Zur Technik der Pyelographie. Zentralbl. f. Chir. Bd. 41. p. 1147.
61. — Demonstration praktisch wichtiger Pyelographien. Berl. urol. Ges. Sitzg. vom 3. Febr. Zeitschr. f. Urol. Bd. 8. p. 344. (Vorläufige Mitteilung. In der Diskussion wird die Pyelographie von Israel und für gewisse Fälle von Zondek als eine diagno-

stisch wertvolle Methode befürwortet, während von Roth und Hammesfahr auf die Möglichkeit der Nierenschädigung aufmerksam gemacht wird.)
62. *Keene, F. E., und H. K. Pancoast, The present status of pyelography. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 63. p. 523.
63. *Kretschmer, H. L., und H. E. Potter, Pyelography. Interstate Med. Journ. Febr.
64. *Krotoszyner, M., Untoward results of pyelography. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 19. Nr. 4.
65. Lampe, Präparate aus dem Gebiete der Nierenchirurgie. Ärztl. Verein Bromberg. Sitzg. vom 16. Jan. Med. Klinik. Bd. 10. p. 611. (Demonstrationen.)
66. La Rose, V. J., Diagnosis of surgical conditions of kidney and ureter. Journ.-Lancet. Minneapolis. Bd. 33. Nr. 23.
67. *Legueu, F., Des applications de la constante à la néphrectomie pour tuberculose. Journ. d'Urol. Bd. 5. p. 1.
68. *— Die Grenzen der Nephrektomie. Zeitschr. f. Urol. Bd. 8. p. 434.
69. Lewis, B., Stereopticon views of pathological conditions of the ureter and kidney with methods of examinations, and their bearing of on diagnosis. Amer. Med. Assoc. 64. Jahresvers. Sect. in gen.-ur. dis. New York. Med. Journ. Bd. 98. p. 48. (Betont die Wichtigkeit der Röntgenaufnahme bei Tumoren der Niere, Steinen in Blase und Ureteren etc.)
70. *— Methods of diagnosis in surgical conditions of kidney. Chicago Med. Soc. Sitzg. vom 17. Dez. 1913. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 62. p. 156.
71. — Diagnosis in genito-urinary diseases; its neglect, its urgent necessity; method by which its requirements may be met. Kentucky Med. Journ. Bowling Green. Bd. 12. Nr. 5.
72. *v. Lichtenberg, A., Zur Technik der Pyelographie. Zentralbl. f. Chir. Bd. 41. p. 1353.
73. *Liokumowitsch, S., Über die funktionelle Diagnostik der chirurgischen Nierenkrankheiten. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 89. Heft 3. p. 637.
74. *— Über die funktionelle Nierenprüfung mit Phenolsulphonphthalein. XIII. russ. Chirurgenkongr. Zentralbl. f. Chir. Bd. 41. p. 1418. Wratsch. 1913. Nr. 40 ff.
75. *Lohnstein, H., Über die Leistungsfähigkeit der Phenolsulphonphthaleinprobe zur Bestimmung der Nierenfunktion. Allg. Med. Zentralztg. 1913. Nr. 50 ff.
76. *Mc Caskey, G. W., A new method for estimating the functional capacity of the kidney by forced elimination of preformed urea. Med. Record. New York. Bd. 85. p. 507.
77. *Marion, G., Tuberculose rénale et constante d'Ambard. Journ. d'Urol. Bd. 5. p. 589.
78. *Mark, E. G., Functional tests and their importance in renal surgery. Chicago Med. Soc. Sitzg. vom 17. Dez. 1913. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 62. p. 156.
79. Marogna, P., Sui metodi di determinazione del valore funzionale del rene. Gazz. degl. Osped. e delle clin. Bd. 35. Nr. 17. (Betrifft die Phenolsulphophthaleinprobe und die urämische Konstante.)
80. *Mason, Dangers attending injections of the kidney pelvis for pyelography. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 62. p. 839.
81. *Mezö, B., Neues diagnostisches Verfahren zur Feststellung der Nierenfunktion. Ärzteges. Budapest. Sitzg. vom 7. März. Pester med.-chir. Presse. Bd. 50. p. 269. Orvosi Hetilap. Nr. 16 ff.
82. *Neubauer, Verwendung von Kreatinin zur Prüfung der Nierenfunktion. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. Nr. 16.
83. Orr, W., Differentialdiagnose zwischen Nierenaffektionen und Malum Pottii. Urol. and Cut. Rev. März. (Harnuntersuchung und Röntgenaufnahme geben die Entscheidung.)
84. *Peugnier, Die Ambardsche Konstante. Arch. prov. de Chir. Mai.
85. Pillet, Untersuchung bei Nierenerkrankungen. XVII. franz. Kongr. f. Urol. 1913. Zeitschr. f. Urol. Bd. 8. p. 195. (Empfiehlt besonders bei Nephroptose die Untersuchung in halbstehender Lage auf der schiefen Ebene.)
86. *Pirondini, E., Examen fonctionnel des deux reins dans les cas de cathétérisme urétéral impossible. Journ. d'Urol. Bd. 4. p. 919.
87. *— Contribution clinique à l'étude de la polyurie expérimentale. Journ. d'Urol. Bd. 5. p. 461.

88. Pirondini, E., La determinazione amilolitica nelle urine come metodo di diagnosi della funzione renale. Policlinico. Bd. 21. Sez. chir. Nr. 4.
89. Propping, Röntgenographie des uropoetischen Systems. Ärztl. Verein Frankfurt a. M. Sitzg. vom 9. März. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 900. (Demonstration von Nierentuberkulosen, Hydronephrosen, Nieren-, Blasen- und falschen Steinen.)
90. *Raimoldi, L'esplorazione renale per mezzo della fenol-sulfon-phtaleina. Riv. osped. 3. Jahrg. Nr. 24.
91. Reed, H., Determination of renal efficiency. Oklahama State Med. Assoc. Journ. Muskogee. Bd. 6. Nr. 12.
92. *Rehn, E., Makroskopische und mikroskopische Präparate zum Kapitel der Pyelographie. Mittelrhein. Chirurgenvereinig. Sitzg. vom 28. Febr. Zentralbl. f. Chir. Bd. 41. p. 1034.
93. *Rehn, E., Experimente zum Kapitel der Pyelographie. Zentralbl. f. Chir. Bd. 41. p. 143.
94. *Renner, Leitfähigkeitsbestimmung des Urins in der Diagnostik der Nierenerkrankungen. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 91. Heft 3.
95. *Rowntree, L. G., The study of renal function; the prognostic value of studies of renal function. Amer. Journ. of Med. Sciences. Bd. 147. p. 352.
96. Sabat, Über röntgenologische Untersuchungen am uropoetischen System. Lwowski Tyg. Lek. 1913. Nr. 13.
97. *Schuchnow, W., Über die Wirkung des Kollargols bei direkter Injektion ins Nierenparenchym. Inaug.-Diss. Strassburg 1913.
98. *Schwarzwald, R. Th., Zur Frage der Gefährlichkeit der Pyelographie. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 88. Heft 2.
99. *Scott, T. G., Über Pyelographie. R. Soc. of Med. Surg. Sect. Sitzg. vom 11. Nov. 1913. Lancet. 1913. Bd. 2. p. 1390.
100. *Seidel, Zur Nieren- und Ureterchirurgie. Ges. f. Natur- u. Heilk. Dresden. Sitzg. vom 17. Jan. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 897 und Freie Vereinigung der Chirurgen des Königreichs Sachsen, Tagung vom 25. Okt. Zentralbl. f. Chir. Bd. 41. p. 516.
101. *Smith, E. O., Todesfall infolge von Pyelographie. Amer. Journ. of Urol. Bd. 10. Nr. 3.
102. Spitzer, W. M., Normal kidney and ureter, shown by roentgenoscopy. Colorado Med. Denver. Bd. 11. Nr. 7.
103. Ssidorenko, P., Über den Harnleiterkatheterismus von der eröffneten Blase aus. XIII. russ. Chirurgenkongr. Zentralbl. f. Chir. Bd. 41. p. 1420. (19 Fälle bei Unmöglichkeit der Kystoskopie.)
104. Stanton, E. M., Causes of renal pain. New York State Journ. of Med. Bd. 14. Nr. 9.
105. *Stevens, W. E., The comparative value of modern functional kidney tests. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 62. p. 1544.
106. Suquet, Röntgendiagnostik der Erkrankungen der Harnwege. Revue prat. des mal. des org. gén.-ur. Nr. 63. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 1247. (Beschreibung der Röntgendiagnostik besonders bei Nierensteinen unter Empfehlung der Pyelographie.)
107. Suter, Über Pyelographie. Med. Ges. Basel. Sitzg. vom 28. Mai. Berl. klin. Wochenschrift. Bd. 51. p. 1147. (Demonstration; in der Diskussion macht de Quervain auf die Gefahren der Pyelographie aufmerksam und empfiehlt schattengebende Katheter zur Bestimmung der Nierenlage.)
108. *Thayer, W. S., Certain tests of renal function. Assoc. of Amer. Physic. 29. Jahresvers. Atlantic City. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 62. p. 1837.
109. *— und R. R. Snowden, A comparison of the results of the phenolsulphonephthalein test of renal function with the anatomical changes observed in the kidneys at necropsy. Amer. Journ. of Med. Sciences. Bd. 148. p. 781.
110. *Troell, A., Fall von Pyelographie, wo Kollargol in die Harnkanäle und die Malpighischen Körperchen der Niere eingedrungen war. Fol. urol. Bd. 8. Nr. 12.
111. *Ultzmann, R., Blutdruckmessungen bei chirurgischen Nierenerkrankungen, insbesondere bei Nierentuberkulose. Wiener med. Wochenschr. Bd. 64. p. 634.
112. *Van der Veer, J. N., Value of tests for functional activity of the kidney before operation. Med. Soc. of the State of New York. 108. Jahresvers. New York. Med. Journ. Bd. 99. p. 1158.
113. Walther, H. W. E., Modern diagnostic methods in genito-urinary surgery. Louisiana State Med. Soc. 35. Jahresvers. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 62. p. 1748. (Be-

sprechung der Kystoskopie, des Ureterkatheterismus, der Funktionsprüfungsmethoden und der Pyelographie.)
114. *Ware, M. W., The futility of phenolsulphonephthalein as an indicator of renal function. New York. Med. Journ. Bd. 99. p. 416.
115. *West, C. W., Beobachtungen über die Anwendung des Kollargol für die Pyelographie. Johns Hopkins Hosp. Bull. März.
116. *Willan, R. J., The bismuth ureteral catheter, collargol solution and barium sulphate suspension in the diagnosis of some urinary diseases. Lancet. Jahrg. 92. Bd. 1. p. 233.
117. Wossidlo, E., Experimentalstudie zur Kollargolfüllung des Nierenbeckens. Arch. f. klin. Chir. Bd. 103. Heft 1. (Siehe Jahresbericht Bd. 27, p. 461.)
118. *Wrobel, K., Phenolsulphophthaleinprobe bei chirurgischen Nierenerkrankungen. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 91. Heft 3.

Lewis (70) bespricht den Wert der Schmerzen in der Nierengegend für die Diagnose der Nierenkrankheiten und erklärt dieses Symptom für sehr unzuverlässig, da Schmerzen bei schweren Affektionen der Niere vollständig fehlen können und Lendenschmerzen sehr häufig nicht auf die Niere zu beziehen sind; besonders wird auf die Schmerzen in der gesunden Niere bei Lithiasis der anderen hingewiesen.

Gaillard (42) legt neuerdings das Hauptgewicht für die Diagnose der Erkrankung und der Funktionslosigkeit oder Funktionstüchtigkeit einer Niere auf die mikroskopische Untersuchung des Harnsediments, indem die verschieden gestalteten charakteristischen Epithelformen und die Beschaffenheit der Leukozyten (z. B. bei Tuberkulose) auf Sitz und Art der Erkrankung und den Grad der Funktion schliessen lassen. In der Diskussion äussert sich B. A. Thomas skeptisch über den Wert der mikroskopischen Untersuchung in dem von Gaillard angenommenen Umfang.

Franke (37) erklärt, dass bei richtiger Technik der Harnseparator nach Luys den Ureterenkatheterismus vollkommen ersetzt.

Alexander (3) empfiehlt zum Vergleich der Röntgenbilder der beiderseitigen Nierengegenden die Herstellung einer jederseitigen Pause und deren Vergleichung.

Göbell (45) empfiehlt für die topische Nierendiagnostik und für die Differentialdiagnose zwischen Nierentumoren und Tumoren der benachbarten Organe Röntgenaufnahmen mit schattengebenden Ureterkathetern und gleichzeitiger Füllung der Nierenbecken mit Kollargol und des Darms mit Kontrasteinlauf.

Eine eingehende Diskussion erregte die Frage des Wertes der Pyelographie und ihrer Nachteile.

Joseph (59) hebt den Wert der Pyelographie zur Bestimmung der Lage, Gestalt und Grösse des Nierenbeckens und des Ureterabgangs hervor, also besonders zur Diagnose der Nephroptose, der durch die Stieldrehung bei Nephroptose hervorgerufenen beginnenden Hydronephrose, der Hydronephrose bei Ureterstrikturen und zur Steindiagnose. Die Entscheidung, ob bei Steinen die Pyelotomie und die Nephrotomie ausgeführt werden soll, lässt sich vermittelst Pyelographie schon vor der Operation meistens feststellen. Von geringerer Bedeutung ist sie zum Nachweis der schon klinisch, kystoskopisch und funktionell erkennbaren Pyonephrose und bei Nierentuberkulose (Veränderung des Nierenbeckens, der napfförmigen Erweiterung der Kelche und Veränderung des Ureterabgangs). Endlich wird die Pyelographie bei Missbildungen der Niere, bei Ureterdivertikeln, bei Echinococcus und bei Hypernephromen (seitlich eingedrücktes Nierenbecken mit völligem Verstreichen der Kelche) von Wert. Die Kollargolfüllung des Nierenbeckens hat nicht mehr und nicht öfter unangenehme Zufälle (Koliken) im Gefolge als der einfache Ureterkatheterismus.

In der Diskussion erwähnt Zondek die Möglichkeit unangenehmer Folgeerscheinungen (mehrtägige Schmerzen, Fieber, Erbrechen, Schädigung des Nierenparenchyms, selbst einige Todesfälle). Er empfiehlt daher deren Anwendung nur auf Grund strenger Indikationen und zur Vermeidung von Eindringen des Kollargols in die Nierenkanälchen das langsame tropfenweise Einfliessen unter geringem Druck. Als nützlich wird die Pyelographie bezeichnet bei Nephroptose, wenn man die Niere nicht fühlen kann, zum Nachweis von Verengerungen des Ureters und bei Steinen zum Nachweis des Sitzes derselben. Unter den nötigen Vorsichtsmassregeln und bei sorgfältiger Indikationsstellung ist die Pyelographie als wertvolle Untersuchungsmethode anzusehen. W. Israel erklärt die Pyelographie für verhältnismässig selten notwendig. Von Nutzen ist sie besonders zur Unterscheidung unfühlbarer Hydronephrosen und auf der Platte nicht erscheinender Nierensteine von einseitigen Blutungen und Koliken, ferner bei kongenitalen Dystopien oder Doppelbildungen des Nierenbeckens und der Harnleiter und zur Lage des Nierenbeckens zu einem fraglichen

Tumor der Niere, endlich selten bei unfühlbarem Tumor der Niere, bei mobiler oder zu tief fixierter Wanderniere und bei echten Ureterstenosen. Kontraindiziert ist sie bei Tuberkulose, unnötig ebenfalls bei Pyelitis und chronischer Pyelonephritis. Die Möglichkeit einer Entscheidung, ob bei Stein die Pyelotomie oder die Nephrotomie zu machen ist, wird nicht anerkannt. Endlich wird als Kontraindikation jede stärkere Infektion erwähnt. Ein Eindringen von Kollargol in die Harnkanälchen wird sich nicht immer vermeiden lassen. E. R. W. Frank hebt an der Hand von zwei mitgeteilten Fällen die Wichtigkeit der Pyelographie zum Nachweis verdoppelter und aberrierender Harnleiter hervor. Rosenstein betont den Wert der Pyelographie bei Hufeisennieren, Ureterverdoppelung, Abknickungszuständen, Tumoren etc. Dagegen wird die Frage, ob der Nutzen der Pyelographie so gross ist, dass er die möglichen Schädigungen ausgleicht, verneint. Zwei Fälle von schwerer Schädigung durch Eindringen des Kollargols in Harnkanälchen und Blutkapillaren, davon einer mit allgemeiner Argyrie und Exitus, werden angeführt.

Casper (23) lehnt die Pyelographie für die Diagnose der Wanderniere ab, jedoch kann sie für den Nachweis der Komplikationen (Ureterschlängelung oder -Knickung, Stenosen und spitzwinklige Einmündung) von Wert werden, wenn die begleitenden sub- und objektiven Umstände eine weitere Klärung, die auf anderem Wege nicht zu erlangen ist, erfordern. Bei Nierentuberkulose ist die Pyelographie direkt schädlich, bei Nierensteinen ist sie entbehrlich, auch die Angabe, dass Uratsteine nach Imbibition mit Kollargol sichtbar werden, kann nicht bestätigt werden. Ebensowenig kann von Casper die Angabe, dass Hypernephrome eine Ausziehung des Nierenbeckens bewirken und dass die Pyelographie eine Frühdiagnose ermöglichen soll, bestätigt werden. Bei Dystopie der Niere ergibt die Pyelographie instruktive Bilder, aber auch hier kann die Pyelographie durch Einführung eines Wismutkatheters in den Ureter entbehrlich gemacht werden. Bei Tumoren, deren Sitz in der Niere zweifelhaft ist, ist die Pyelographie gerechtfertigt, wenn Funktionsprüfung und Darmaufblähung nicht genügende Aufklärung bringen. Sehr wertvoll ist die Pyelographie zum Nachweis von Hufeisen- und Kuchennieren, ferner auch zur Differentialdiagnose in Fällen von ungewöhnlicher Nephritis, Perinephritis, nicht sichtbaren Steinen, Hydronephrosen und Blutungen. Casper schliesst, dass die Pyelographie zu Recht besteht, dass sie aber, weil nicht ungefährlich, nur bei strenger Indikation und wenn die übrigen milderen Untersuchungsmethoden zu keinem ausreichenden Resultat geführt haben, angewendet werden darf.

Kretschmer und Potter (63), welche 25%ige Lösung von Cargentos zur Nierenbeckenfüllung verwenden, erklären die Pyelographie für diagnostisch ausserordentlich wertvoll.

Friedman (40) empfiehlt die Pyelographie bei subkutaner Nierenverletzung zur Unterscheidung, wie weit die Niere verletzt ist, je nachdem sich das Kollargol intrarenal oder perirenal verbreitert. Bei einem 11jährigen Mädchen konnte auf diese Weise eine nur leichte Verletzung der Niere nachgewiesen werden.

v. Lichtenberg (72) benützt in regelmässigen Abständen imprägnierte Wismut- oder Miniumkatheter, und zwar nie stärker als Nr. 5, vielfach auch Nr. 4, nach deren Einführung das Kystoskop entfernt wird. Während der darauffolgenden Funktionsprüfung hat das Nierenbecken Zeit, sich zu entleeren. Hierauf folgt unter Ausschaltung der Atmung durch einen Bauchgurt die Injektion von 10%iger körperwarmer Kollargollösung mit 20 ccm haltender Rekordspritze, während der Rückfluss der Injektionsflüssigkeit aus dem in die Blase eingeführten Katheter beobachtet wird. Zur Aufnahme werden Moment- und Zeitaufnahmen verwendet, letztere unter langsam fortgesetzter Injektion. Bei nicht dilatiertem Becken genügen 3—5 ccm, bei grossen Säcken können 60—80 ccm und darüber injiziert werden. Häufig werden Koliken ausgelöst, selbst bei grossen Hydronephrosensäcken, weil der Klappenmechanismus den Abfluss verhindert; hier entleert sich erst später kollargolhaltiger Harn und die Ausscheidung desselben kann bis zu 10 Tagen dauern — eine Erscheinung, die ein ausgesprochenes Frühsymptom der hydronephrotischen Veränderung ist. Bei gesunder Schleimhaut und unbehindertem Abfluss sammelt sich das Kollargol in kürzester Zeit in der Blase. Die Füllung des Nierenbeckens gelingt schon, wenn der Ureterkatheter 3 cm weit über die vesikale Uretermündung hochgeschoben ist. Lässt sich der Katheter übermässig hochschieben, so ist auch ohne Kollargolfüllung ein ungefähres Bild von dem erweiterten Nierenbecken zu gewinnen. Kontraindiziert ist die Pyelographie bei Blutung. Die grösste Zahl der bei Pyelographie beobachteten Unglücksfälle ist auf falsche Technik oder auf Anwendung von unreinem Kollargol zurückzuführen.

Bezüglich der Technik der Pyelographie empfiehlt Joseph (60) die Anwendung dünner Katheter, neben denen die eingespritzte Flüssigkeit zurückfliessen kann, am besten Nr. 5—6 (nach Sterilisation im Dampf). Weiter werden Wismutkatheter mit farbiger Ringeinteilung verwendet, die bis zu 22—23 Ringen eingeführt das Nierenbecken erreichen; dringt

der Katheter weiter ein, wie bei sehr weitem Ureter und Nierenbecken, so soll eine Röntgenaufnahme ohne Kollargolinjektion gemacht werden. Nach Einführung des Katheters wird das Kystoskop entfernt und das Ende des Katheters am Oberschenkel befestigt. Hierauf folgt die Injektion, mittelst Rekordspritze langsam vorgenommen, durchschnittlich 6—8 cm, bei nicht erweitertem Nierenbecken nur 3—4, seltener 12—14, ganz ausnahmsweise 20 ccm und darüber. Bei dem geringsten Gefühl unangenehmer Spannung ist die Injektion abzubrechen. Darauf folgt die Aufnahme ($^1/_{10}$ Sekunde), dann sofort die Entfernung des Katheters. Nur bei spielend leichter und schmerzloser Einführung des Katheters darf die Injektion gemacht werden, bei Schmerzen und Abgang von blutig gefärbtem Harn ist sie zu unterlassen.

Albrecht (2) sah nach Injektion von 10%iger Kollargollösung ins Nierenbecken akute Urämie, hochgradige Schmerzhaftigkeit und schwere Allgemeinerscheinungen mit mehrtägiger Anurie auftreten — Symptome, die innerhalb acht Tagen verschwanden. Besonders ist bei Hydronephrose stärkeren Grades Eindringen der Lösung in die erweiterten Harnkanälchen und in das wenig widerstandsfähige Parenchym zu fürchten.

Arcelin (5) hält die Pyelographie nicht für mehr schädigend als eine Nierenbeckenspülung. In diagnostischer Beziehung gibt sie vollständige und rasche Aufschlüsse über Lage und Grösse des Nierenbeckens, Erweiterung eines oder mehrerer Kelche etc.

In der Diskussion erklärt Aubourg die Methode für nicht ungefährlich und Belot hält höher konzentriertes Kollargol als 5% für bedenklich. Biraud betont schon nach Uretersondierung allein die Möglichkeit des Eintritts von Nierenkoliken.

Blum (13) erklärt die mit zahlreichen Gefahrenquellen verbundene Pyelographie für entbehrlich, da sie durch andere Methoden — Radiographie nach Einführung eines undurchlässigen Ureterkatheters, Ureterkatheterismus und funktionelle Nierendiagnostik — ersetzt werden kann.

Buerger (19, 20) fand nach Injektion von 20 ccm Argyrollösung in eine Hydronephrose bei der nach acht Tagen ausgeführten Nephrotomie und partiellen Dekapsulation ausgedehnte Infiltration des Nierengewebes mit Argyrol, Nekrose, Entzündung und Blutungen. In der Diskussion führt Furniss die Infiltration auf den Injektionsdruck zurück und Squier hebt das lange Zurückbleiben der Injektion im Nierenbecken hervor, in einem Falle sechs Monate lang (bei Pyonephrose).

Crowell (30) berichtet über einen Todesfall nach Kollargolinjektion ins Nierenbecken bei Hydronephrose. Die Injektion war langsam und mittelst Spritze ausgeführt worden, die Menge betrug etwa 12 ccm und füllte das Nierenbecken höchstens bis zur Hälfte, die Konzentration betrug 10%, der Katheter wurde belassen, um den Ausfluss zu sichern. Die injizierte Niere zeigte Blutfüllung der Calices und des Nierenbeckens und Kollargolinfarkte im Gewebe, die andere Niere wies hämorrhagische Entzündung auf mit Kollargolkörnchen in den Tubulis. Auch bei Versuchen an Hunden erwies sich das Kollargol als toxisch.

Eisendrath (35) wies durch Tierversuche die schädliche Wirkung von unter zu hohem Druck ins Nierenbecken injizierten Kollargollösungen nach, indem sowohl in das das Nierenbecken umgebende Gewebe als ins Nierenparenchym und in das Venensystem Kollargol übertreten kann.

v. Hofmann (55) fand bei der Sektion eines an Hydronephrose erkrankt gewesenen und nach Pyelographie gestorbenen Mädchens eine Ruptur des mit Kollargol gefüllten Hydronephrosensackes und Verbreitung des Kollargols einerseits im ganzen Peritoneum, andererseits in den Harnkanälchen und Glomerulis. Die Ruptur war infolge perinephritischer Verwachsungen mit dem Kolon bewirkt worden. In einem weiteren Falle fand sich in einer exstirpierten Niere Kollargol in den Harnkanälchen und ausserhalb der Lumina, wo es zu Nekrose geführt hatte (die Pyelographie war drei Tage vor der Operation vorgenommen worden). Die Gefährlichkeit der Pyelographie liegt sowohl in der schwierigen Regulierbarkeit des Druckes, als in der Wahl des Injektionsmittels; sie ist deshalb nur anzuwenden, wenn andere Mittel nicht zu einer sicheren Diagnose führen.

Keene und Pancoast (62) führen Unglücksfälle bei der Pyelographie auf Unterlassung der nötigen Vorsicht bei der Ausführung zurück, aber diese Schädigungen können die Methode an sich nicht diskreditieren. Wegen der leichten Möglichkeit eines Fehlers soll aber die Methode nur dann ausgeführt werden, wenn auf andere Weise keine sichere Diagnose gestellt werden kann. Die Methode wird empfohlen bei auf Neubildung, Tuberkulose oder grosse Hydronephrose verdächtigen Fällen, ferner bei Pyelitis, wenn eine mechanische Dilatation des Nierenbeckens in Frage kommt, bei Steinen, wenn es zweifelhaft ist, ob der Schatten in Niere oder Ureter oder in deren Umgebung liegt, besonders endlich in

den Frühstadien der Hydronephrose, bei kongenitalen Anomalien, bei Hufeisenniere und Nephroptose.

In der Diskussion führen Braasch, Furniss, Eisendrath und Clark die Schädigungen bei Pyelographie auf Fehler in der Technik, besonders auf Injektion unter zu hohem Druck zurück und heben die Vorteile der Methode bei richtiger Technik hervor, dagegen betont Hetzler die Giftigkeit der Silberverbindungen.

Krotoszyner (64) lässt die Pyelographie als äusserste Massnahme nur zu, wenn eine erschöpfende Diagnose auf anderem Wege nicht möglich ist.

Mason (80) teilt drei Fälle von Infarktbildung in der Niere nach Pyelographie mit. Da es kein Mittel gibt, den Druck im Nierenbecken zu messen, so ist das Eindringen von Injektionsflüssigkeit und Infektionsmaterial ins Gewebe möglich. Die Pyelographie ist kontraindiziert bei Entzündungen der Niere und des Nierenbeckens und wenn die Niere durch Verletzung oder Erkrankung nicht mehr unversehrt ist.

Rehn (93) beobachtete bei Versuchen an Kaninchen, die er im Anschluss an einen klinischen Fall von Kollargolinfarkt bei Pyelonephritis angestellt hatte, dass bei Injektionen ins Nierenbecken das Kollargol teils interstitiell, teils in den Nierenkanälchen bis zur Rinde unter Übertritt in die Glomeruli vordrang. Bei künstlicher Hydronephrose war die Verteilung des Kollargols viel feiner, weil das Vordringen fast ausschliesslich durch die erweiterten Kanälchen erfolgte. Bei geschädigter Niere, besonders bei Pyelonephritis, tritt das Kollargol sehr schnell in die Blutbahn über, auch bei Hydronephrose sind lokale Schädigungen der Nierensubstanz unvermeidlich, so dass mit Kollargolfüllung des Nierenbeckens mit grösster Vorsicht und einer gewissen Auswahl der Fälle verfahren werden muss.

Rehn (92) beschreibt neuerdings zwei Fälle von interstitiell bis zur Rinde vorgedrungenem Kollargol, das die Glomerulusmembran durchbrochen und neben peripherer Entzündung zentrale Verödung der Glomeruli hervorgerufen hatte. Besonders ist das abseits der Entzündungsherde liegende, normal erscheinende Parenchym bevorzugt, und zwar in einem Umfang, der nicht gleichgültig sein kann.

In der Diskussion betont Völcker, dass zur Herabsetzung des Druckes im Nierenbecken eine breite Spritze verwendet werden soll (5 cm Durchmesser).

Schachnow (98) weist durch direkte Kollargolinjektionen ins Nierenparenchym schwere Schädigung des Gewebes durch das Trauma, durch das Metall als Fremdkörper und besonders durch die Wirkung des Kolloids auf Eiweisskoagulation und Zellschädigung nach. Er verlangt grosse Vorsicht bei der Pyelographie und führt Gewebsschädigung auf Fehler in der Technik zurück.

Schwarzwald (98) beschreibt einen Fall von Kollargolimprägnation der Niere — aber nur ihrer erkrankten Partien — nach Kollargolinjektion und mahnt zur strengen Einhaltung der notwendigen Kautelen.

Scott (99) empfiehlt zur Einbringung der Kollargollösung ins Nierenbecken die Lagerung des Kranken auf einer glatten, mit Filz gepolsterten Unterlage, auf der ein Hin- und Hergleiten ohne Anstrengung der Muskulatur und, ohne dass es zu Pressbewegungen kommt, möglich ist. Der Ureterkatheter, der in dunkle Felder von je 2 cm Länge geteilt ist, darf nicht abgeklemmt werden, damit ein Leckwerden desselben vermieden wird.

In der Diskussion hebt J. W. Th. Walker hervor, dass die Methode nicht gefahrlos und daher nur dann anzuwenden ist, wenn eine sichere Diagnose auf anderem Wege nicht gestellt werden kann. Eine Lokalanästhesie soll dabei niemals angewendet werden und wenn Schmerz auftritt, ist die Füllung des Nierenbeckens zu unterbrechen, ebenso wenn die Lösung nicht in kontinuierlichem Strome einfliesst. R. Thomson erklärt die Pyelographie für sehr nützlich, wenn es sich um die Entscheidung über eine etwa vorzunehmende Nierenoperation handelt, besonders bei Hydronephrose, und zur Klarlegung des Verhältnisses der Niere zum umgebenden Gewebe. A. E. Johnson empfiehlt sie besonders zur Feststellung der Ursachen von nicht durch Steine hervorgerufenen Koliken, bei Hydro- und Pyonephrose, kongenitalen Missbildungen des Harnapparates und bei Abdominaltumoren.

Seidel (100) erwähnt einen Fall von Perforation der papierdünnen Wand eines Uronephrosensackes bei Kollargolfüllung, die mit allen Vorsichtsmassregeln unternommen worden war. Das Kollargol war in die Fettkapsel ausgetreten und hatte hier infolge akuter ödematöser Schwellung heftige Schmerzanfälle hervorgerufen.

In der Diskussion sprechen sich Grunert und Krüger für die Anwendung sehr dünner Katheter bei der Kollargolfüllung aus.

Smith (101) beobachtete einen plötzlichen Todesfall unmittelbar nach Injektion von 20 ccm einer 1%igen Kollargollösung ins Nierenbecken; das Kollargol war bis unter die Nierenkapsel vorgedrungen.

Troell (110) beobachtete Eindringen von 7%iger Kollargollösung nach Injektion von 5—7 ccm bei zweifaustgrosser Pyonephrose, ohne dass während der Injektion subjektive Erscheinungen aufgetreten wären.

West (115) beobachtete unter sechs Fällen von Kollargolinjektion ins Nierenbecken einmal Silberfärbung der ganzen Niere und Vordringen des Kollargols ins perirenale Bindegewebe, einmal in das retroperitoneale Bindegewebe und einmal in die freie Bauchhöhle. Er mahnt zur Vorsicht bezüglich des angewendeten Druckes und zur Benützung höchstens 15%iger Lösungen und zieht die Injektion von Silberjodid vor.

Willan (116) schlägt zur Asepsis des Ureterkatheters vor, diesen durch einen sterilen Gummischlauch zu leiten, der mittelst eines Metallansatzstücks an dem Kystoskop befestigt wird. Um den Katheter sichtbar zu machen, wird dessen Füllung mit Kollargollösung vorgezogen. Die Pyelographie ist bei vorsichtiger Anwendung gefahrlos; die Füllung des Nierenbeckens geschieht bei Nichtnarkotisierten mittelst Spritze und während Beobachtung im Kystoskop, ob Injektionsflüssigkeit neben dem Katheter rückläufig wird, bei Narkotisierten dagegen mittelst hydrostatischen Drucks. Eine Hydronephrose muss vorher entleert und die Kapazität des Sackes festgestellt werden. Nierentumoren können mittelst Pyelographie durch abnorme Lagerung des Nierenbeckens und Verlängerung der Kelche erkannt werden. Zum Nachweis von Blasendivertikeln kann eine Bariumsulfatemulsion (2 : 10 Ol. amygd.) verwendet werden.

Prüfung der Nierenfunktion.

Cathelin (24, 25) hebt als Grundlagen der Funktionsprüfung der Nieren bei chirurgischen Nierenkrankheiten die Notwendigkeit der Entnahme getrennter Harnproben jeder Niere und das Studium der Vergleichswerte hervor, ferner die Grundgesetze der Harnstoffbildung, d. h. das Gesetz des absoluten Wertes (im Liter) des Harnstoffgehaltes, das Gesetz der Elimination des Harnstoffgehaltes, das Gesetz der Konstanz und das der Unveränderlichkeit des Harnstoffgehaltes, demnächst die Ausnahmen bei Polyurie, bei den Grenzfällen und bei der Chlorausscheidung, ausserdem die Bedeutung der anatomischen Integrität der Papille, die die funktionelle Integrität des Parenchyms beherrscht, und die einseitige renorenale Sympathie, endlich das morphologische Studium der Ureteröffnung und die Beobachtung der Harnentleerung aus dem Ureter.

Mc Caskey (76) empfiehlt zur Funktionsprüfung der Niere die alle zwei Stunden vorzunehmende Prüfung auf Harnstoff, nachdem 30 g Harnstoff in Wasser gelöst zugeführt worden waren. Bei Gesunden werden innerhalb der ersten vier Stunden 5—10 g Harnstoff in zwei Stunden ausgeschieden; beträgt die Gesamtausscheidung viel weniger als 20 g, so ist die Funktion der Niere vermindert, beträgt sie nur 10 g, so ist sie bedenklich gestört.

Mezö (81) schlägt zur Funktionsprüfung der Niere vor, den Ureterkatheter auf der Höhe der Diurese einzuführen, die durch 1½ Stunden vorher gereichte Diuretika und Getränkzufuhr bewirkt worden ist, und dann intramuskulär soviele Gramm Harnstoff in physiologischer Kochsalzlösung (mit Novokainzusatz von 0,125%) zu injizieren, als der Kranke Kilogramm wiegt. Da die Harnstoffausscheidung nach 30 Minuten ihren Höhepunkt erreicht, wird der Harn nach 23 Minuten fünf Minuten lang gesammelt und auf den Harnstoffgehalt geprüft.

In der Diskussion verteidigt v. Korányi die von Mezö bemängelte Blutkryoskopie, die allerdings nur bei exakter Technik gute Resultate ergibt. v. Illyés erklärt die experimentelle Polyurie als zu langwierig und sammelt den Harn im Durstzustand unter Einführung von Indigkarmin und bestimmt den Gefrierpunkt des Harns, dagegen den des Blutes nur, wenn die Trennung beider Nierenharne nicht möglich ist. Torday spricht sich für die Phenolsulphophthaleinprobe aus. Weisz erklärt die Diluierungsprobe von Mezö bei Schwerkranken nicht für durchführbar, weil hier die Harnstoffinjektion schädigend einwirken kann; weder die Blutkryoskopie, noch die beiderseitige Freilegung der Nieren gibt sichere Anhaltspunkte für die Zulässigkeit der Nephrektomie.

Doll und Siebeck (34) stellen fest, dass Nierenkranke mit verschiedener Zufuhr von Wasser und N im Gleichgewicht sein können trotz schwerer Ausscheidungsstörung.

Hefter und Siebeck (51) fanden, dass die Bestimmung des Konzentrationsverhältnisses für Stickstoff und Chlor einen Aufschluss über die Funktion der Niere gibt. Je hochgradiger die Konzentrierung für Stickstoff ist, desto schwerer ist im allgemeinen die Funktion der Niere herabgesetzt. Auch die Chlorkonzentration kann bei Nierenerkrankungen gestört sein.

Griessmann (48) weist nach, dass Störungen in der Chlor- und Stickstoffausscheidung sich miteinander kombinieren können, dass aber in manchen Fällen die Funktionsstörung vorwiegend nur das Chlor oder nur den Stickstoff betrifft; die geringsten Störungen zeigt der Wasserstoffwechsel.

Pirondini (87) erklärt nach eingehenden Untersuchungen die experimentelle Polyurie für keine sichere Probe auf die Gesamtnierenfunktion, dagegen wird die experimentelle Azoturie als eine sehr empfindliche, rasch auszuführende und auch für die getrennte Funktionsprüfung beider Nieren zu verwendende Methode erklärt.

Renner (94) erklärt die Leitfähigkeit des Harns für ebenso leistungsfähig wie die Gefrierpunktsbestimmung; sie ist einfach und schnell auszuführen und erfordert nur kleine Harnmengen.

Ultzmann (111) kommt nach Beobachtungen an chirurgischen Nierenerkrankungen zu dem Schlusse, dass durch Blutdruckmessung nicht entschieden werden kann, ob eine einseitige oder doppelseitige Nierenerkrankung vorliegt. Nur exzessiv hohe Werte können als Ausdruck einer beiderseitigen Nierenaffektion angesehen werden. Erhöhter Blutdruck kann sowohl der Ausdruck einer Komplikation sein als für doppelseitige Nierenerkrankung mit vaskulärer Störung oder für einen grösseren Nierentumor sprechen. Ein Blutdruck von unter 100 mm Hg spricht mit Wahrscheinlichkeit für Nierentuberkulose, ein erhöhter Blutdruck bei Nierentuberkulose weist auf Komplikationen hin.

Pirondini (86) bespricht in kritischer Weise den Wert der Methoden der Funktionsprüfung bei Unmöglichkeit des Ureterkatheterismus, nämlich des Ureterkatheterismus nach Eröffnung der Blase, der Exklusion einer Niere, entweder geschlossen oder unter Eröffnung des Ureters, und der direkten Exploration der Niere nach Freilegung. Unter Abwägung der jeder dieser Methoden anhaftenden Nachteile und ihrer Vorteile gibt er im allgemeinen dem Ureterkatheterismus nach Eröffnung der Blase den Vorzug, jedoch räumt er ein, dass diese Methode nicht immer durchführbar ist. In diesem Falle wird der lumbalen Freilegung der vermutlich gesunden Niere und ihrer direkten Untersuchung der Vorzug gegeben. Endlich kann die beiderseitige Freilegung der Niere in Betracht kommen.

Liokumowitsch (73) hebt hervor, dass bei der Phloridzinprobe nicht nur auf die Zeit des Auftretens von Zucker, sondern auf den Prozentgehalt der einzelnen Harnproben zu achten ist, ebenso muss bei der Indigkarminprobe nicht auf den Zeitpunkt der Farbstoffausscheidung, sondern auf die Intensität der Blaufärbung Gewicht gelegt werden. Die Kryoskopie des Harns hat keine grössere Bedeutung als die Bestimmung des spezifischen Gewichts. Die quantitative Bestimmung des Harnstoffs und der Chloride ist nur von Wert, wenn zugleich die im Körper zurückgelassene Menge dieser Substanzen bestimmt wird. Die Bestimmung des diastatischen Fermentes ist unzuverlässig.

Neubauer (82) empfiehlt an Stelle der Ausscheidung körperfremder Stoffe die Ausscheidung von Kreatinin (mittelst des Autenrieth-Königsbergerschen Colorimeters) zu prüfen. Bei ausgesprochenen doppelseitigen Nierenerkrankungen ist die Kreatininausscheidung schwer gestört.

Ambard (4) erklärt die Konstante der Harnstoffsekretion für wertvoll bei hohem Harnstoffgehalt des Blutes, aber sie erlaubt auch wichtige Nierenveränderungen nachzuweisen, die bei geringem Harnstoffgehalt des Blutes schon bestehen. Die Fehlerquelle, die in der Oligurie liegt, kann durch Benützung des Morgenharns zur Untersuchung vermieden werden.

Bauer und Habetin (10) kontrollierten die von Schlayer und Monakow angegebenen Funktionsprüfungsmethoden der Nieren und die Ambardsche Konstante und fanden, dass alle diese Methoden bei internen Nierenerkrankungen klinisch wertvolle Resultate liefern. Sie schlagen für praktische Zwecke vor, erst die Prüfung der Wasser-, Jod- und Milchzuckerausscheidung (Schlayer), dann die Bestimmung der Ambardschen Chlor- und Harnstoffzahl und die Ermittelung des Reststickstoffs nach Strauss vorzunehmen.

Cholzow (27) fand bei Untersuchungen an 60 Nierenkranken, dass die Resultate mit dem Ambardschen Koeffizienten denjenigen entsprechen, die durch andere Proben gewonnen wurden, jedoch geben erstere eine genauere Vorstellung von der Funktionsfähigkeit der Niere. Die Methode kann jedoch nicht zur Bestimmung der Funktionsfähigkeit jeder Niere im einzelnen dienen und ist daher begrenzt auf die Feststellung der gemeinsamen Funktion beider Nieren, auf Fälle von Fehlen oder Funktionslosigkeit einer Niere oder auf diejenigen Fälle, in welchen der Harn jeder Niere tatsächlich vollkommen gesammelt werden kann, wenn die zuerst freigelegte Niere unfähig ist, die ganze Harnsekretion des Körpers zu verrichten, also wenn die Niere noch nicht verschlossen, sondern schwer erkrankt ist.

Legueu (67, 68) erklärt die Ambardsche Konstante als hervorragend wertvolles Mittel für die Beurteilung der Nierenfunktion in jenen Fällen, wo der Ureterkatheterismus nicht ausführbar ist. Die Methode macht sowohl den Ureterenkatheterismus nach Eröffnung der Blase, als auch die probatorische Freilegung beider Nieren überflüssig.

Marion (77) berichtet über einen Fall, in welchem die Ambardsche Konstante eine doppelseitige Nierentuberkulose annehmen liess, obwohl die Erkrankung einseitig war und die andere Niere gut funktionierte. Er empfiehlt bei schwer erkrankter Blase den Ureterkatheterismus nach Sectio alta.

Peugnier (84) erklärt die Ambardsche Konstante für eines der wertvollsten Mittel für die Beurteilung der Nierenfunktion und für Prognose, Operationsindikationen und -Kontraindikationen.

Bret und Boulud (16) stellten nach Leichenbefunden fest, dass ein sehr niedriger Stickstoffkoeffizient (zwischen 60 und 75) auf tiefgreifende und ausgebreitete doppelseitige Nierenerkrankungen schliessen lässt (z. B. massive Nierentuberkulose etc.); ein Koeffizient zwischen 75—80 spricht für partielle chronisch-entzündliche Veränderungen.

Bromberg (17) erklärt auf Grund von 20 mitgeteilten Fällen die Bestimmung des hämorenalen Index (Bestimmung von ClNa in Blut und Harn) als einfache und zuverlässige Methode der Funktionsprüfung, die den Ureterkatheterismus, in manchen Fällen auch die Kystoskopie entbehrlich macht. Vor allem ist die Ein- oder Doppelseitigkeit der Erkrankung zu erkennen und die Indikation oder Kontraindikation für oder gegen operative Eingriffe zu stellen.

Bachrach und Loewy (6) bezeichnen das Phenolphthalein als wertvolles Mittel zur Prüfung der Gesamtfunktion der Niere und bei chirurgischen Nierenkrankheiten dem Indigkarmin gleichstehend, jedoch insoferne von höherem Wert, als es die quantitative Bestimmung ermöglicht.

Barringer (8) spricht sich für den Wert der Phenolsulphophthaleinprobe für die Beurteilung der Nierenfunktion aus. Die ausgeschiedene Farbstoffmenge ist proportional der Zerstörung des Nierengewebes, nicht aber der funktionellen Kapazität der Niere.

In der Diskussion hebt R. Green die Abhängigkeit der ausgeschiedenen Farbstoffmenge von der Menge der vorher aufgenommenen Flüssigkeit hervor und hält die Phloridzinprobe für überlegen der Phthaleinprobe. Cabot will der Phthaleinprobe nicht die Möglichkeit eines Schlusses auf die Grösse der Harnausscheidung zusprechen und hält auch die Phloridzinprobe für wertlos. Morton zieht die Indigkarminprobe als wesentlich leichter auszuführen der Phthaleinprobe vor. Caule spricht sich für die letztere aus. Young schreibt der Phthaleinprobe den grösseren Wert zu, ebenso Chatwood, E. Martin und E. Keyes. Barney erklärt bei alkalischem Harn die Indigkarminprobe für wertlos.

Block (12) fand vermittelst der Phenolsulphophthaleinprobe, dass die Äthernarkose, auch wenn sie länger dauert, auf die Ausscheidungsfähigkeit einer gesunden Niere ohne Einfluss ist; Spuren von Eiweiss im Harn sind keine Gegenanzeige gegen eine Äthernarkose, dagegen sind grössere Mengen von Eiweiss und Zylindern bedenklich. In einem Drittel der Fälle ist nach einer Operation die Harnabsonderung vermehrt.

Caulk und Davis (26) erklären die Phenolsulphonphthaleinprobe als sehr verlässig für die Beurteilung der Nierenfunktion bei chirurgischen Nierenkrankheiten und fanden die Ergebnisse der Probe durch die der Operations- oder Sektionsautopsie bestätigt. Bei Hypernephromen konnte keine Funktionsbeschränkung der erkrankten Niere nachgewiesen werden.

Comrie (29) fand, dass bei gesunden Nieren nach Injektion von Phenolsulphonphthalein in der ersten Stunde 55, in der zweiten 18 und in der dritten 4% der Farbstoffmenge zur Ausscheidung kommen. Besonders bei parenchymatöser Erkrankung war die Ausscheidung in der ersten Stunde herabgesetzt.

Deutsch und Schmuckler (32) weisen nach, dass mittelst Phenolsulphophthalein besonders eine Erkrankung der Tubuli erkannt werden kann und damit auch wegen des Zusammenhangs der Tubuli mit den Gefässen eine Alteration der Gefässe. Je mehr Nierengewebe zugrunde gegangen ist, desto weniger Farbstoff wird sezerniert.

Dietsch (33) weist an 50 Fällen die Brauchbarkeit der funktionellen Nierenuntersuchung mittelst Phenolsulphophthalein nach.

Frenkel und Uhlmann (39) erklären, dass die Phenolsulphophthaleinprobe in den meisten Fällen ein einigermassen brauchbares Bild von dem augenblicklichen Funktionszustand des Ausscheidungsapparates liefert, nicht aber von dem anatomischen Befund.

Geraghty (43, 44) hebt den Wert der Funktionsproben für die Nierenchirurgie besonders in zwei Gruppen von Erkrankungen hervor, nämlich bei sekundären Nierenaffek-

tionen infolge von Ureterverlagerung und bei einseitigen und doppelseitigen Nierenerkrankungen in Verbindung mit dem Ureterkatheterismus. In allen diesen Fällen ist besonders der Phenolsulphophthaleinprobe ein hoher Wert beizumessen. Von den übrigen Ausscheidungsproben wird die Laktose-, Diastase- und Harnstoffprobe als weniger zuverlässig bezeichnet, ebenso von den Retentionsproben die Blutkryoskopie, die der Bestimmung des Harnstoffs im Blute nachsteht. Bei der Funktionsprüfung soll festgestellt werden zunächst die totale oder kombinierte Nierenfunktion ohne Ureterkatheterismus, ferner die totale relative Nierenfunktion und endlich, wenn möglich, die absolute Funktionsgrösse jeder einzelnen Niere. Von grossem Wert ist die Funktionsprüfung für die Unterscheidung von Pyelitis und Pyelonephritis. Die Funktionsprüfung muss mit der genauen klinischen Untersuchung kombiniert werden.

In der Diskussion beurteilt Keyes die Funktionsprüfungsmethoden skeptisch, namentlich ist aus ihnen nicht zu entnehmen, wie die Funktion der Niere nach der Operation sich gestalten wird. Foster glaubt, dass die Funktionsprüfung eine Prüfung des Stoffwechsels sein müsse und dass der Wert der Prüfungsmethoden ein begrenzter ist.

Goldberg (46) kommt nach Beobachtungen an 42 normalen und 8 pathologischen Fällen zu dem Ergebnis, dass unter normalen Verhältnissen die Gefrierpunkte des beiderseitigen Nierenharns zwar innerhalb geringer Grenzen schwanken können, dass sie aber niemals die Differenz von 0,4 überschreiten; eine mehr als 0,4 betragende Gefrierpunktserniedrigung bestätigt demnach die Diagnose einer Nierenkrankheit. Wenn klinische Anzeichen einer einseitigen Nierenerkrankung vorhanden sind und die Kryoskopie keinen Aufschluss hierüber gibt, kann die experimentelle Polyurie Albarrans über eine leichte Erkrankung einer Niere und über die Wahrscheinlichkeit, dass die weniger erkrankte Niere nach Entfernung der schwerer erkrankten Niere deren Arbeit übernehmen kann, Aufschluss geben. Die Phenolsulphophthaleinprobe ergibt keine konstanten Ausscheidungszahlen und Ausscheidungsfristen und ist nicht verwendbar für die absolute Nierenfunktion, aber bei doppelseitigem Ureterkatheterismus tritt die Farbstoffausscheidung entweder gleichzeitig oder höchstens mit zwei Minuten Unterschied ein. Die Probe hat vielleicht eine Zukunft, wenn sie auch vorläufig ein vollständiges Urteil über die Nierenfunktion im Verlaufe von zwei Stunden noch nicht erlaubt.

Hess (52) weist nach, dass bei gesunden Nieren die typische Ausscheidungskurve des intramuskulär injizierten Phenolsulphophthaleins in der Weise verläuft, dass nach Ausscheidung deutlich messbarer Mengen in der ersten Viertelstunde die Kurve bis zur zweiten, seltener bis zur dritten Viertelstunde steil ansteigt, um von da ab erst steil, dann langsam wieder abzufallen. In der ersten Stunde müssen 40, in der ersten und zweiten Stunde zusammen mindestens 50% der Farbstoffmenge ausgeschieden sein. Die Gesamtausscheidung muss am Ende der dritten Stunde, höchstens der vierten praktisch beendigt sein. Die Probe übertrifft alle anderen Funktionsprüfungen an Einfachheit und ist zur getrennten Bestimmung der Funktion beider Nieren mittelst Ureterkatheterismus vorzüglich geeignet, indem sie erweist, wie weit das Parenchym der kranken Niere geschädigt ist und ob die andere Niere normal oder schon gesteigert funktioniert.

Hess (53) empfiehlt ferner die Eintragung der Befunde in Tabellen, auf denen die normale Phthaleinausscheidungskurve eingetragen ist.

Hessel (54) fand, dass bei gesunden Nieren nach intravenöser Phenolsulphonphthaleininjektion der Farbstoff nach 3—5, bei erkrankten aber erst nach 5—11 Minuten im Harn erscheint und dass bei letzteren die ausgeschiedene Menge geringer und die Dauer der Ausscheidung verlängert ist. Die Ausscheidung ist unabhängig von dem Vorhandensein von Eiweiss und Formbestandteilen. Eine gute Ausscheidungsmenge ist aber nicht immer für gesunde Nieren beweisend, auch nicht umgekehrt. Wenn bei mehrmaliger Untersuchung der Gesamtwert der ausgeschiedenen Menge schnell ansteigt, so spricht dies für eine günstige Prognose. Die Methode erlaubt im allgemeinen eine gute Orientierung über die Nierenfunktion.

Liokumowitsch (74) beurteilt die Phenolsulphonphthaleinprobe als sehr wertvoll, wenn er auch nicht der Ansicht sein kann, dass sie allein alle anderen Methoden entbehrlich macht.

Lohnstein (75) vermochte einwandfreie Resultate für die Beurteilung der Nierenfunktion bei kranken Nieren durch die Phenolsulphonphthaleinprobe nicht zu gewinnen. Die Prognose ist auf Grund dieser Methode unsicher und er empfiehlt daher, diese Methode nur neben den anderen Proben anzuwenden, da sie nur eine Ergänzung, aber keine Verbesserung derselben darstellt.

Mark (78) erklärt die Phenolsulphophthaleinprobe für die beste und verlässigste aller Funktionsprüfungsmethoden.

Raimoldi (90) zieht die Phenolsulphophthaleinprobe der Indigkarmin-, Methylenblau- und Phloridzinprobe vor. Nach seinen Untersuchungen erscheint nach intramuskulärer oder subkutaner Injektion der Farbstoff bei gesunden Nieren nach 10, bei krankhaft veränderten nach 15—20 Minuten; in der ersten Stunde entleeren sich bei gesunden Nieren 47—68, in zwei Stunden 74—85% des Farbstoffs. Wenn in der ersten Stunde weniger als 45 und in den ersten zwei weniger als 70% ausgeschieden werden, so ist die Funktion der Niere herabgesetzt.

Rowntree (95) erklärt die Anwendung einer einzelnen Funktionsprüfungsmethode in den meisten Fällen nicht für ausreichend, jedoch ist, wenn nur eine Probe angestellt wird, die Phenolsulphophthaleinprobe allen anderen vorzuziehen.

Stevens (105) verlangt die gleichzeitige Anwendung der Phenolsulphonephthalein-, der Phloridzin- und der Harnstoffprobe. Das übereinstimmende Ergebnis aller drei Proben lässt mit Sicherheit einen Schluss auf die Funktion der Nieren zu, während eine einzige Probe zu irrigen Schlüssen leiten kann. Am meisten Fehlerquellen werden der Phenolsulphonphthaleinprobe zugeschrieben. In normalen Fällen geben grösstenteils alle drei Proben für beide Nieren gleiche Werte, in pathologischen Fällen ergeben sie meistens übereinstimmende Werte für die erkrankte Niere gegenüber der gesunden.

Thayer und Snowden (108, 109) erklären die Phenolsulphophthaleinprobe für ein sehr wertvolles Mittel zur Beurteilung der Nierenfunktion. Die Untersuchungen beziehen sich grösstenteils auf nephritische Veränderungen.

Van der Veer (112) spricht sich für die Phthaleinprobe aus, ebenso (Diskussion) Pilcher.

Ware (114) bestreitet den Wert der Phenolsulphophthaleinprobe für die Beurteilung der Nierenfunktion; sie ist eigentlich eine azidimetrische Probe, aber es besteht kein Parallelismus zwischen dem Grade der Azidität und der Funktionstüchtigkeit der Niere.

Wrobel (118) erklärt die Phenolsulphophthaleinprobe für entbehrlich und für ungeeignet, weil das längere Liegenlassen des Ureterkatheters Gefahr bringen kann.

Frankland (38) beobachtete Übergang des Phenolsulphophthalein 5—10 Minuten nach intramuskulärer Injektion in den Harn; bis zum Ende der zweiten Stunde werden 80% des Farbstoffs exzerniert; die restlichen 20% werden meist in der dritten Stunde ausgeschieden. Es wird das Auffangen in vier Gläsern und die Beobachtung des Farbstoffgehalts in jeder dieser Proben vorgeschlagen.

Hydrick (56) konnte übrigens nach Phenolphthaleineinverleibung Albuminurie nachweisen, und zwar schwankte die Eiweissmenge zwischen Spuren und 0,25‰ nach Esbach.

3. Operationen, Indikationen, Technik.

1. Ball, C. A., Nephrectomy. Practitioner. Bd. 91. Nr. 6.
2. *Bazy, L., La néphrectomie sous-péritonéale par incision antérieure transversale. Presse méd. Nr. 19.
3. *Bier, A., Die Anästhesie in der Urologie. Internat. Ges. f. Urol. III. Kongr. Zeitschr. f. Urol. Bd. 8. p. 586.
4. *Boljarski, N., Der Einfluss einiger allgemeiner Anästhesierungsmittel auf die Arbeitsfähigkeit der Nieren. XIII. russ. Chirurgenkongr. Zentralbl. f. Chir. Bd. 41. p. 1419.
5. Bremermann, L. W., The treatment of surgical diseases of the kidney. Chicago Med. Soc. Sitzg. vom 17. Dez. 1913. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 62. p. 157. (Allgemeine Besprechung der Indikationen zur operativen und nichtoperativen Behandlung der Nierenkrankheiten.)
6. *Casper, L., Nierenoperation bei doppelseitigen Nierenerkrankungen. Zeitschr. f. Urol. Bd. 8. p. 546 und Zentralbl. f. Chir. Bd. 41. Kongressbeilage. p. 103.
7. Chevassu, M., Nierenoperationen unter Lokalanästhesie mit Novokain. XVII. franz. Kongr. f. Urol. 1913. Zeitschr. f. Urol. Bd. 8. p. 194.
8. Drucker, V., Die subkutan anwendbaren Abführmittel in der Urologie. Orvosi Hetilap. 1913. Nr. 49. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 40. p. 192. (Empfehlung des Peristaltins.)
9. *Fedoroff, S., Über Darmblutungen nach Nierenoperationen. XIII. russ. Chirurgenkongr. Zentralbl. f. Chir. Bd. 41. p. 1419.

10. *Goodman, E. H., Die Wirkung der Kapselspaltung der Niere auf den Blutdruck. New York. Med. Journ. Bd. 100. Nr. 14.
11. *Guerry, L., Accidental injury to the vena cava during nephrectomy. Southern. Surg. Assoc. 26. Jahresvers. Atlanta. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 62. p. 326.
12. *Herescu, P., Über Nephrektomie. Rumän. Med.-chir. Kongr. April. Zentralbl. f. Chir. Bd. 41. p. 1430. (Statistik über 131 Nephrektomien mit 18 Todesfällen, darunter 62 Nierentuberkulosen, 40 Fälle von Pyelonephritis calculosa und 11 Karzinome.)
13. v. Illyés, G., Erfahrungen über Nierenchirurgie. Folia urologica. Bd. 8. Heft 4. (Bericht über 349 Nierenoperationen, darunter bei 75 Steinkranken, 141 Tuberkulosen, 20 Hydro- und 25 Pyonephrosen, 24 Nierengeschwülsten, ferner Fälle von angeborenen Anomalien — Fehlen der Nieren, Verdoppelung des Nierenbeckens und des Harnleiters, Dystopie, Hufeisennieren, Fülle, Pyelonephritis und Nierenabszess, Nierenblutungen, Nephralgien, endlich operativ behandelte chronische Nephritis und Perinephritis.)
14. *Johannsen, Th., Weitere Erfahrungen mit der Pantopon-Skopolaminnarkose und Pantopon überhaupt. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 724.
15. Kappis, M., Über periphere Schmerzstillung bei Nierenoperationen. Zeitschr. f. urol. Chir. Bd. 2. Heft 2. (Siehe Jahresbericht Bd. 27, p. 468.)
16. Kupferberg, Doppelseitige Nierenenthülsung bei Späteklampsie. Ärztl. Kreisverein Mainz. Sitzg. vom 10. Febr. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 906. (Fünf Tage nach der Geburt rasche Heilung.)
17. *Lay, E., Sullo scapsulamento del rene. Policlinico. Bd. 21. Sez. chir. Nr. 2.
17a. *Legueu, F., Die Nephrektomie bei Erkrankung beider Nieren. Internat. Ges. f. Urol. III. Kongr. Zeitschr. f. Urol. Bd. 8. p. 587.
18. *Lemoine, G., L'anésthésie régionale et locale en urologie. Journ. d'Urol. Bd. 5. p. 569.
19. *Lorin, H., Der Ureter nach der Nephrektomie. Arch. urol. de la Clin. Necker. Bd. 1. Heft 2.
20. *Lynch, D., Decapsulation of the kidney; its value in Brights disease, particularly in resistant cases. New York. Med. Journ. Bd. 99. p. 1127.
21. *Mayo, W. J., Accidental injuries to the descending portion of the duodenum during removal of the right kidney. Journ. of the Amer. Med. Assoc. Bd. 62. p. 343.
22. *Mollà, R., Sur la néphrectomie sous-capsulaire. Journ. d'Urol. Bd. 5. p. 263.
23. *Murard, J., De la valeur du traitement chirurgical dans le mal de Bright. Lyon méd. p. 30.
24. Newman, D., und J. A. G. Brunton, Renal disease. Glasgow Med.-Chir. Soc. Sitzg. vom 6. März. Lancet. Jahrg. 92. Bd. 1. p. 827. (Drei Pyonephrosen, mittelst Nephrotomie behandelt, ein Aneurysma der Nierenarterie mit profuser Hämaturie, Nephrektomie; ein Hypernephrom mit Hämaturien; ein Karzinom mit Hämaturien; ein Nierenbeckenvarix, die letzteren Fälle alle nephrektomiert.)
25. *Pakowsky, M., La néphrostomie, moyen de dérivation permanente on temporaire des urines totales. Thèse de Paris. 1913.
26. *Petit, J., Plaies opératoires de la veine cave inférieure. Thèse de Paris. 1912.
27. *Poggiolini, A., Ricerche sopra alcune alterazioni prossime, anatomiche e funzionali dei reni, consécutive a scapsulamento, nefroptosi e nefrofissazione sperimentali unilaterali. R. Acc. dei Fisiocrit. di Siena. Sitzg. vom 23. Dez. 1913. Zeitschr. f. Urol. Bd. 8. p. 677 und Policlinico. Bd. 21. Sez. chir. Nr. 8 ff.
28. Potter, C., A new perineal board for use in perineal prostatectomy and genito-urinary and rectal surgery. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 63. p. 1476. (Operationstisch.)
29. *Pousson, A., Operative Behandlung der Nephritis. XVII. franz. Kongr. f. Urol. 1913. Zeitschr. f. Urol. Bd. 8. p. 194.
30. Schenk, H. J., Some phases of kidney surgery. Lancet-Clin. Cincinnati. Bd. 111. Nr. 5.
31. *Suter, F., Zur Frage der Ureterversorgung und Wundheilung nach der Nephrektomie wegen Nierentuberkulose. Zeitschr. f. urol. Chirurgie. Bd. 2. p. 264.
32. Tisserand, G., Nierendekapsulation bei Quecksilbernephritis; vier Fälle. Lyon chir. Bd. 11. Nr. 6.
33. *Tschaika, A., Über Blutungen nach einer Nephrotomie und ihre Behandlung. XIII. russ. Chirurgenkongr. Zentralbl. f. Chir. Bd. 41. p. 1420.

34. *Völcker, F., Temporäre Aussenlagerung der Niere bei Nachblutung nach Nephrotomie. Mittelrhein. Chirurgenvereinig. Sitzg. vom 28. Febr. Zentralbl. f. Chir. Bd. 41. p. 1032.

Bier (3) empfiehlt bei urologischen Operationen ausser der Leitungsanästhesie Obersts besonders die parasakrale Leitungsanästhesie Brauns. In der Diskussion treten Michon und Pasteau für die Allgemeinnarkose ein, deren Zulässigkeit aber von dem Zustande von Leber und Nieren abhängt. Cabot empfiehlt bei Operationen oberhalb des Nabels die Rückenmarksanästhesie, bei Nieren-Harnleiteroperationen die Stickstoffoxydul-Sauerstoffnarkose in Verbindung mit Criles Anozi-Association, ausser bei Zirkulationsstörungen, bei solchen die Äthernarkose, Wildbolz die parasakrale Methode, Alessandri die lumbale Anästhesie, Fedoroff die intravenöse Hedonalnarkose, Rovsing die Äthernekrose nach vorausgegangener Morphiuminjektion, Kümmell desgleichen, eventuell die intravenöse Äthernarkose, Suter und Rothschild Novokain, Lohnstein Alypin, Colmers parasakrale Anästhesie mit Pantopon.

Lemoine (18) bezeichnet die Sellheim-Kappissche Methode der Injektion in dorsale und lumbale Nerven als gefahrloses und vollkommen sicheres Anästhesierungsverfahren bei urologischen Operationen, für Operationen am Becken die Danissche Methode, dagegen wird die epidurale Methode nach Cathelin-Laewen als zu gefahrvoll bezeichnet.

Johannsen (14) fand das Pantopon in Tablettenform (0,01) sehr wirksam gegen die bei Pyelitis mit Eiterfüllung des Nierenbeckens auftretenden Rückenschmerzen; es ist nach längerem Gebrauch unschädlich für Mutter und Kind.

Boljarski (4) stellt fest, dass die Arbeitsfähigkeit der Niere durch Chloroform stets herabgesetzt wird; Äther und Hedonal wirken nicht herabsetzend, aber doch gelegentlich reizend, weil zuweilen Eiweissspuren im Harn auftreten. Dagegen übt die Tropokokain-Lumbalanästhesie keinerlei Wirkung auf die Niere aus.

Herescu (12) empfiehlt zur Stielversorgung bei Nephrektomie den Stiel mittelst Klemme abzuschnüren und zwischen Klemme und Aorta eine Catgutschlinge durchzuführen, aber noch nicht zusammenzuziehen, darauf die Nierengefässe abzubinden und abzuschneiden und dann erst die dahinter liegende Catgutschlinge festziehen zu lassen. Das Verfahren verhütet unmittelbare und spätere Blutungen.

Lorin (19) fand bei klinischen Beobachtungen und Tierversuchen, dass nach Nephrektomie der erkrankte Ureter zu Obliteration und Schwund der Schleimhaut in drei Jahren neigt. Tuberkulose des Ureters heilt in der Regel aus. Ein Harnrückfluss wird durch die bis zur Verödung andauernden Kontraktionen gehemmt. Die totale Ureterektomie ist nur bei weiterer ungünstiger Gestaltung des Krankheitsprozesses angezeigt.

Suter (31) quetscht bei der Nephrektomie wegen Nierentuberkulose den Ureter mit einer breiten starken Zange, unterbindet ihn dann doppelt mit Seide und durchtrennt ihn mit dem Paquelin. Für 2—3 Tage wird mit Gummirohr drainiert. In einer Serie von 66 so behandelten Fällen wurde im Laufe der Fälle ein immer besser werdendes Ergebnis erzielt.

Fedoroff (9) führt Darmblutungen nach Nierenoperationen (unter 206 Fällen 5, darunter eine tödlich) auf vom Operationsgebiet ausgehende Thrombosen der Dünndarmvenen zurück. Zur Behandlung wird Styptizin, Ergotin, Koagulose und Koagulen empfohlen und nach Darmblutung 2—3 Tage lang täglich dreimal 1 g Kalziumazetat oder grosse Dosen Koagulen, damit die Blutungen nicht rezidivieren. Gelatine blieb stets wirkungslos.

Guerry (11) teilt drei Fälle von Verletzung der Vena cava bei Nephrektomie mit; in zweien wurde die Blutung durch Abklemmung, in einem durch Gazetamponade gestillt.

In der Diskussion führt Hunner solche Verletzung auf den blinden Gebrauch von Klemmen zurück, bevor die Niere entfernt ist. Fälle von Anreissung und Verletzung der Vena cava werden ferner von Royster, Dickinson, Finney und Reder mitgeteilt. In den meisten Fällen gelang es, die Blutung zu stillen.

Mayo (21) hat drei Fälle beobachtet, in welchen bei Unterbindung des Nierenstieles infolge entzündlicher Schwellung oder Karzinomentwicklung und dadurch bewirkte Fixation die Duodenalwand mitgefasst wurde. Es entstehen Duodenalfisteln, die sehr schwer zu behandeln sind (am besten transperitoneale Operation, Lösung des Duodenum, Überpflanzung von Bauchfell und Netz in die Fistelnaht, Jejunostomie zur provisorischen Ernährung) und häufig tödlich enden.

Petit (26) stellt 50 Fälle von operativer Verletzung — meist bei Nephrektomie — der unteren Hohlvene zusammen. Die Verletzung erfolgt meist unter, seltener über der Einmündung der Nierenvene. Da der Druck in die Vene sehr schwach ist, kann sofortige Dauer-

kompression die Blutung aufhalten. Die Methode der Wahl ist die seitliche Ligatur, die in 90% Heilung ergibt (gegen eine Gesamtheilungsziffer von 66%).

Bazy (2) schlägt zur Ausführung der abdominalen subperitonealen Nephrektomie einen Querschnitt von der Spitze der 11. Rippe bis zur Mitte zwischen Schwertfortsatz und Nabel vor. Im lateralen Schnitte bis zum Musculus rectus, der selbst nicht durchschnitten wird, werden die Muskeln bis zum Peritoneum durchtrennt. Nach Ablösung des Peritoneums wird vor allem der Hilus leicht zugänglich und die Operation kann unter Kontrolle des Auges ausgeführt werden, so dass sich diese Inzision besonders für die Exstirpation von Nierentumoren, von vereiterten und tuberkulösen Nieren und für die Pyelotomie eignet, ganz besonders aber für die sekundäre Nephrektomie, weil hierbei die Narbenmassen umgangen werden.

Mollà (22) führte in drei Fällen (zweimal bei Tuberkulose und einmal bei Endotheliom) wegen der Grösse der Niere und der vielen festen perirenalen Verwachsungen die subkapsuläre Nephrektomie aus, die aber nur als Notoperation für zulässig erklärt wird; öfters wird sie bei sekundärer Nephrektomie notwendig.

Legueu (97a) befürwortet bei doppelseitiger Nierenerkrankung an derselben Krankheit die Entfernung der stärker erkrankten Niere dann, wenn die Funktion der anderen Niere (zu ermitteln durch Harnleiterkatheterismus, Röntgenaufnahme und Ambardsche Konstante) noch verhältnismässig gut ist; bei Tuberkulose hat die Entfernung der stärker erkrankten Niere einen günstigen Einfluss auf die zurückgelassene Niere. Andersartige Erkrankung der zweiten Niere, besonders die verschiedenen Nephritisformen sind keine Kontraindikationen gegen die Operation, jedoch ist Vorsicht geboten, wenn die Funktionsprüfungsmethoden nicht zu einem bündigen Schluss führen. Bezüglich der Beurteilung des funktionellen Wertes der anderen Niere müssen alle funktionellen Methoden herangezogen werden.

Casper (6) hebt bei der Frage der Zulässigkeit der Nephrektomie bei Erkrankung beider Nieren hervor, dass es nicht auf Krankheit oder Gesundheit, sondern nur auf die ausreichende Funktion des Schwesterorgans ankommt. In der Frage, ob im Einzelfalle die Funktionsprüfungsmethoden stichhaltig sind, muss die Erfahrung mitsprechen, ebenso in der Frage, ob die zurückbleibende Niere genügende Reservekraft besitzt. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass der durch Nephrotomie herbeigeführte Eingriff dieselbe Bedeutung haben kann, wie die Exstirpation, weil die Nephrotomie ebenfalls eine Funktionslosigkeit der anderen Niere auslösen kann. Bei 322 einseitigen Erkrankungen und 190 Nephrektomien mit 19 Todesfällen (an Herzschwäche, Schock, Sepsis, Darmblutung, Darmparese) war niemals zu beobachten, dass die zurückbleibende, anatomisch gesunde Niere nach der Operation ihre Tätigkeit einstellte, weil eine kranke Niere auf die andere gesunde einen hemmenden funktionellen Einfluss nicht auszuüben imstande ist. Bei Nephritis der zweiten Niere bessert sich nach der Entfernung der primär schwer erkrankten Niere die Funktion; die Entscheidung hierüber gibt die Funktionsprüfung: starke Verspätung der Indigkarminausscheidung, zu geringe Intensität der Färbung (nicht bis ins Blau), kein deutlicher Unterschied des Harngefrierpunkts bei der Verdünnungsprobe, starke Verzögerung des Eintritts der Phloridzinzuckerausscheidung. Von acht derartigen operierten Fällen (sechs Tuberkulosen, je einer Pyonephrose und einer Pyonephrosis calculosa) starb einer. Dagegen starben von neun doppelseitig erkrankten Nierenfällen acht, in denen allen nach der Funktionsprüfung vor der Operation die zweite Niere als leistungsunfähig erkannt worden war, und zwar sechs an typischem Nierentod. Auch im neunten Falle bestand eine chronische Urämie fort, die zu Hydrops und Tod führte. Eine Insuffizienz der Niere, d. h. eine Gefahr der postoperativen Urämie, ist dann anzunehmen, wenn die Zuckerausscheidung nach Phloridzin ganz ausbleibt, das Indigkarmin nur bis zum Grünwerden des Harns ausgeschieden wird und die mangelnde Reaktion auf Flüssigkeitszufuhr eine ausgesprochene ist. Besonderes Gewicht legt Casper auf den Ausfall der Phloridzinprobe, deren negatives Resultat eine schwere Veränderung der Niere anzeigt und eine Nierenexstirpation sehr gefährlich erscheinen lässt, wobei natürlich andere Faktoren, die die Zuckerausscheidung aufheben, wie das Bestehen eines Abflusshindernisses, starke Harnverdünnung, grösserer Eiweissgehalt, der Einfluss der Nahrungsaufnahme (die Probe darf nicht bei nüchternem Zustande vorgenommen werden) und das Vorhandensein einer Schrumpfniere zu berücksichtigen sind.

In der Diskussion empfiehlt Voelcker bei allen Nephrektomien die Untersuchung der zurückbleibenden Niere auf ihre Reservekraft durch die Indigkarminprobe, den Verdünnungsversuch und den Durstversuch, d. h. ob Wasserentziehung eine entsprechende Konzentration des Harns bewirkt. Brongersma betont, dass die klinische Untersuchung von Herz und Gefässsystem ebenso viel Wert hat wie die funktionelle Untersuchung.

Richter erwartet von der Injektion von Hypophysisextrakt (Erweitung der Nierengefässe) einen weiteren Fortschritt für die Beurteilung der Reservekraft. Rovsing betont, dass nur positive Resultate bei der Nierenfunktion beweisend sind und erklärt die Harnstoffprobe für die natürlichste Probe; ausserdem empfiehlt er die beiderseitige explorative Freilegung. Kümmell hebt den Wert der Blutkryoskopie besonders bei Unmöglichkeit des Ureterkatheterismus hervor. Die explorative Inzision wird weiter von Ekehorn, Hock und Freudenberg empfohlen, die Ambardsche Konstante von Chevassu und Bartrina, während Götzl auf die Unregelmässigkeiten der Farbstoffausscheidung hinweist. Nicolich hatte gute Erfolge mit der Nephrektomie auch ohne Funktionsprüfung, Hogge empfiehlt wiederholte Funktionsprüfung und längere Beobachtung, Lohnstein exakteste Anwendung der Funktionsprüfungsmethoden, auch Wildbolz erklärt die Funktionsprüfung für ausreichend. Michon warnt vor der Operation bei doppelseitiger Nierentuberkulose von gleicher Intensität, lässt aber die Operation der schwerer erkrankten Niere zu. Heitz-Boyer operiert bei doppelseitiger Tuberkulose, dagegen lässt er bei doppelseitiger Steinerkrankung nur die Nephrotomie zu. J. Israel bekämpft die Auffassung, dass bei doppelseitiger Tuberkulose die Exstirpation der schwerer erkrankten Niere die andere Niere günstig beeinflusse. Bachrach lässt die Nephrektomie bei beiderseitiger Tuberkulose nur bei hohem Fieber und Blutungen zu.

Völcker (33) betont die Schwierigkeit der isolierten Catgutligatur aller spritzenden Arterien bei der Nephrotomie, welche die sicherste Methode der Blutstillung ist, während die Gazetamponade der Nierenwunde und besonders die Anlegung von Massenumstechungen ungenügend sind. Bei einer Nachblutung muss lokale Blutstillung vorgenommen werden, indem die Niere wieder aufgeklappt wird und die blutenden Gefässe unterbunden werden müssen. Angesichts der Schwierigkeit dieser Massnahme konnte Völcker in einem Falle durch das erheblich einfachere Verfahren einer temporären Aussenverlagerung der Niere die Blutung beseitigen. Nach vier Tagen wurde die Niere, allerdings mit Schwierigkeit, wieder reponiert.

Tschaika (34) betont, dass bei Nephrotomie keine der angegebenen Schnittrichtungen gegen Nachblutungen sichert, und empfiehlt die Tamponade mit Stücken der Fettkapsel (Tierversuche). Dabei fallen auch die durchgreifenden Parenchymnähte weg, so dass auch Infarktbildung verhütet wird. Das ins Nierenbecken eingebrachte Fett bedeckt sich mit Epithel und schrumpft narbig, vom Ende des zweiten Monats an unter Knochenbildung.

In der Diskussion stimmen Scharetzki, Cholzow und Oppel diesem Vorschlage bei.

Pakowsky (25) führt als Indikationen der Nephrostomie zur dauernden oder vorübergehenden direkten Ableitung des Harns an: bösartige Geschwülste der Blase, schwere tuberkulöse Cystitis, kongenitale Bildungsfehler der Blase, Harnleiterkompression durch Uteruskarzinom, traumatische Verletzungen der Blase und Harnleiter, endlich gewisse Fälle von Nierensteinen. Der Schnitt wird möglichst klein, jedoch so, dass das Nierenbecken und der Harnleiterabgang deutlich zu Gesicht gebracht werden, über die Konvexität 5 mm dorsalwärts an der Grenze zwischen mittlerem und unterem Drittel angelegt. Die Nieren vertragen lange Zeit hindurch die direkte Ableitung des Harns um so besser, je gesunder vorher das Organ war. Die Operationsmortalität der doppelseitigen Nephrostomie wird auf 4,5% berechnet. Bei durchgängigem Ureter schliesst sich die Nierenfistel in ein paar Tagen nach Weglassen der Drainage.

Murard (23) sieht weder in der Enthülsung noch in der Netzeinhüllung der Niere, noch in der Nephrotomie ein Mittel, die Zirkulationsverhältnisse der Niere zu bessern oder gar eine Neubildung von Epithelien herbeizuführen. Bei Nephritis gibt ein chirurgischer Eingriff nicht nur eine sehr hohe Mortalität, sondern auch im besten Falle eine so geringfügige Besserung, wie sie auch durch interne Behandlung erreicht werden kann. Ebensowenig ist die Operation bei Komplikationen — Hydrops, Urämie — aussichtsvoll. Nur bei Oligurie auf Grund einer akuten Nierenkongestion, und zwar bei „trüber“ Oligurie (Eiweiss, Blutkörperchen, Zylinder etc.) kann ein chirurgischer Eingriff von Nutzen sein, und zwar soll dann die Enthülsung nur einseitig an der besser tastbaren oder stärker druckempfindlichen Niere vorgenommen werden; die Nephrotomie ist stets nur einseitig auszuführen.

Pousson (29) erzielte bei Nephritis nach Trauma der Lendengegend durch beiderseitige Dekapsulation erhebliche Besserung.

Lay (17) stellte durch Tierversuche fest, dass Entkapselung der Niere deren Funktion und Permeabilität nicht verändert, auch wenn grössere Ansprüche an die Ausscheidung gemacht werden.

Lynch (20) fand die Dekapsulation bei chronischer Nephritis, besonders bei frischen Rückfällen sehr wirksam, und in einem Falle, in dem bereits Koma eingetreten war, wurde

bis jetzt für ein Jahr Heilung erzielt. Die Fettkapsel soll vollständig entfernt werden, dagegen lässt Lynch von der fibrösen Kapsel zu beiden Seiten des Nierenbeckens einen schmalen Streifen stehen, der an den Muskeln fixiert wird.

Poggiolini (27) fand bei Kaninchen nach partieller Nierendekapsulation, die bei der Nephropexie häufig geübt wird, am ersten Tage Oligurie, in den ersten 2—3 Tagen Albuminurie, worauf der Harn normal wurde; bei gleichzeitiger künstlicher Nephroptose bestanden Oligurie, Polyurie, Anurie und Albuminurie und Gehalt an granulierten Zylindern und Nierenepithelien bis zu 70—75 Tagen nach der Operation. Bei der Sektion der Tiere mit experimenteller Nephroptose fand sich der Ureter im Bogen gekrümmt, jedoch war niemals Retention im Nierenbecken vorhanden. Nach experimenteller Dekapsulation war die Niere schon nach 12 Stunden an der Lendenmuskulatur adhärent und nach 10 Tagen fanden sich bindegewebige Verlötungen.

Goodman (10) weist an einem durch Kapselspaltung operierten Falle den ausgesprochen druckherabsetzenden Einfluss der Operation nach.

4. Bildungsanomalien.

1. *Adrian, C., Die praktische Bedeutung der Missbildungen der Niere, des Nierenbeckens und des Harnleiters. Halle a. S., C. Marhold.
2. — Bericht über die Tätigkeit der an der Strassburger chirurgischen Universitäts-Poliklinik angeschlossenen Poliklinik für Harnkranke während des achten Jahres ihres Bestehens in der Zeit vom 1. Juli 1912 bis 31. Mai 1913. Fol. urol. Bd. 8. Nr. 3 u. 4. (Bespricht die Erblichkeit der Missbildungen des Harnapparates, besonders der polyzystischen Degeneration der Nieren und der Stoffwechselanomalien — Zystinurie, Steinbildung etc. —, der Enuresis und der renalen Hämophilie.)
3. *Bäumler, Ch., Über Kombination der Entwicklungshemmung des uropoetischen Systems und solcher des weiblichen Genitale. Inaug.-Diss. München 1913.
4. Bertlich, H., Schwangerschaft und Geburtsstörungen bei Missbildung des Uterus, speziell bei Uterus bicornis. Wiener klin. Rundschau. Bd. 28. p. 303. (Unter 65 Fällen zwei Fälle von Fehlen der linken Niere und des linken Ureters.)
5. Borszéky, K., Subdermale Ruptur einer Hufeisenniere. Ärztegcs. Budapest. Sitzg. vom 17. Jan. Pester med.-chir. Presse. Bd. 50. p. 128. (Laparotomie wegen schwerer abdomineller Blutung nach Überfahren; ausgedehntes subseröses Hämatom an Kolon und Mesocolon descendens, massenhafte Blutgerinnsel unter dem Mesokolon, starke arterielle Blutung im Nierenhilus, Abklemmung des Nierenstiels, Resektion des Verbindungsstückes und Naht. Exstirpation der linken Niere, die am unteren Pol durch eine bis zum Nierenbecken reichende Ruptur durchsetzt ist. Fötale Lappung der Niere.)
6. *Bouchey, E. Lévy und Magnan, Schwangerschaft und Geburt nach Nephrektomie wegen Missbildung. Rev. prat. d'obst. et de péd. Jan.
7. *Brongersma, H., Ein Fall von Trennung einer Hufeisenniere. Zeitschr. f. Urol. Bd. 8. p. 470.
8. *Carlier, V. und M. Gérard, Anatomie chirurgicale et chirurgie du rein en fer à cheval. Revue de chir. Jahrg. 32. Nr. 7 ff.
9. Escat, Fehlen der linken Niere. XVII. franz. Kongr. f. Urol. 1913. Zeitschr. f. Urol. Bd. 8. p. 195. (Ein Fall.)
10. *Fränkel, A., Die Hufeisenniere im Röntgenbilde. Zentralbl. f. Chir. Bd. 41. Kongressbeilage. p. 102.
11. *Günsburg, M., Zur Frage der Durchtrennung einer Hufeisenniere. XIII. russ. Chirurgenkongr. Zentralbl. f. Chir. Bd. 41. p. 1419.
12. *Jepremoff, P. D., Über Pathogenie, äussere Konfiguration und klinische Bedeutung der Hufeisenniere. Charkowsky med. Shurn. Bd. 16. p. 335. Ref. Journ. d'Urol. Bd. 5. p. 338.
13. Kieley, C. E., Case of unilateral renal aplasia. Lancet-Clin. Cincinnati. Bd. 111. Nr. 18.
14. Kossakowski, Über das Verhalten der Nebennieren in den Fällen angeborenen Mangels einer Niere. Gaz. Lek. 1913. Nr. 31/32.
15. Lousteau und Gascougnolles, Rein unique en fer à cheval. Soc. anat.-clin. de Bordeaux. Sitzg. vom 10. Nov. 1913. Journ. de Méd. de Bordeaux. Bd. 85. p. 99.

(Sektionsbefund bei einer 80jährigen Frau; in der linken Niere eine Zyste mit Steinbildung, linkes Nierenbecken etwas erweitert und einen Stein enthaltend.)
16. *Motzfeldt, K., Medfodte misdannelser av nyrer og urinveier. Norsk Mag. f. Laegevidensk. Bd. 75. Nr. 7.
17. *— Angeborene Missbildungen der Nieren und Harnwege. Zieglers Beitr. Bd. 59. Heft 3.
18. *Neckarsulmer, K., Über Beinieren. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 51. p. 1641.
19. Oehler, F., Ein Beitrag zur Kasuistik des kongenitalen Nierendefektes und der kongenitalen Nierendystopie. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 89. Heft 1. (Drei Fälle: 1. Linksseitiger Nierendefekt mit Anomalien der inneren Genitalien, rechts Tuberkulose der Nieren, des Ureters und der Blase; 2. Links rudimentäre Niere, rechts Stein. 3. Rechtsseitige Beckendoppelniere mit Hydronephrose bei normaler linker Niere; Exstirpation, Heilung.)
20. Oraison, Symphyse rénale unilatérale. Arch. gén. de chir. 1913. Heft 4. p. 455. (Nephrektomie bei Tuberkulose, Tod durch Anurie; infolge der beträchtlichen Verwachsungen war die Verbindung beider Nieren auf einer Seite nicht erkannt worden.)
21. Pietkiewicz, Die angeborenen Anomalien des uropoetischen Systems bei Frauen. Przeglad chir. i gin. Bd. 8. p. 343.
22. *Rosenthal, S., Über die kombinierten Nieren-Uterusmissbildungen. Inaug.-Diss. Heidelberg 1913.
23. *Rumpel, Operation bei Hufeisenniere. Berl. urol. Ges. Sitzg. vom 5. Mai. Zeitschr. f. Urol. Bd. 8. p. 522.
24. *Schönberg, S., Rechtsseitige Nieren- und Ureterenverdoppelung mit Hypoplasie und Adenom der überzähligen Niere. Frankf. Zeitschr. f. Pathol. Bd. 14. p. 267.
25. *Suter, F., Überzählige Nieren. Fol. urol. 1913. August.
26. — Familiäres Vorkommen einer dritten überzähligen Niere. Med. Ges. Basel. Sitzg. vom 28. Mai. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 51. p. 1147. (Bei zwei Geschwistern; in einem Falle war eine der zwei linksseitigen Nieren hydronephrotisch, im anderen die obere Hälfte der rechtsseitigen Doppelniere tuberkulös. Exstirpation der hydronephrotischen Niere und der tuberkulösen Doppelniere.)
27. Yount, C. E., Absence of right kidney. Arizona Med. Journ. Phoenix. Nr. 3.
28. *Zondek, Zur Diagnose der Hufeisenniere. Zentralbl. f. Chir. Bd. 41. Kongressbeilage. p. 102.

Motzfeldt (16, 17) fand unter 4500 Sektionen 79 Fälle von Missbildungen an den Harnorganen, darunter neunmal Hufeisenniere, 23mal Ureterenverdoppelung, 21mal Hydronephrose, 10mal Aplasie und 11mal Hypoplasie der Niere.

Adrian (1) betont die praktische Bedeutung des Nachweises von Missbildungen am Geschlechtsapparat, da aus diesen auf das Vorhandensein von Missbildungen der Niere, Nierenbecken und Ureteren geschlossen werden kann.

Bäumler (3) beschreibt vollständiges Fehlen der linken Niere und des Ureters bei linksseitigem Ovarialtumor.

Rosenthal (22) beschreibt einen Fall von Hydronephrose bei angeborener Dystopie der rechten Niere, bei dem ein Ovarialtumor mit Gravidität im dritten Monat fälschlich angenommen worden war. Das Nierenbecken wurde inzidiert und genäht. Exitus an Pneumonie und Peritonitis. Zugleich fehlte die linke Niere und es bestand ein Uterus unicornis dexter mit Dystopie des linken Ovarium und der linken Tube. Es wird auf die Gleichzeitigkeit der auf rein mechanische Momente zurückzuführenden Nieren- und Uterusmissbildung hingewiesen, die auf beiden Seiten gleich häufig vorkommt; der linksseitige Nierendefekt wird meist mit schwereren Formen von Uterusmissbildungen angetroffen als der rechtsseitige.

Bouchey, Lévy und Magnan (6) beschreiben einen Fall von partieller Hydronephrose bei Nierenverdoppelung und Erweiterung nur eines Nierenbeckens (auf der anderen Seite war keine Niere vorhanden). Eine darauffolgende Schwangerschaft und Geburt verlief ohne Störung.

Schönberg (24) beschreibt einen Fall von rechtsseitiger Verdoppelung der Niere und Ureterverdoppelung (zufälliger Sektionsbefund). Die untere, stark verkleinerte Niere lag in der Höhe der Beckenschaufel und zeigte einige Zysten, die obere mittelst Bindegewebsbrücke mit der unteren Niere verbundene war hyperplastisch, der eine Teil enthielt nur Nierenbecken und Kanälchen ohne Glomeruli, der andere war ein reines Adenom. Der Ureter der oberen Niere mündet 4 cm tiefer in die Blase als der der unteren.

Suter (25) konnte in einem Falle eine überzählige Niere vor der Operation nachweisen, ihr Ureter mündet näher der Mittellinie und zwischen der normalen Uretermündung und des Orificium int. urethrae in die Blase. 17 Fälle aus der Literatur und zwei Eigenbeobachtungen.

Neckarsulmer (18) versteht unter „Beiniere" eine überzählige isolierte Niere bei normal geformten beiden anderen Nieren, wenn die überzählige Niere nur in rudimentärer Form ausgebildet ist, und beschreibt eine derartige Beiniere bei einem an Masern und Pneumonie gestorbenen, neun Monate alten Mädchen.

Carlier und Gérard (8) bezeichnen als eigentliche Hufeisennieren nur gegenseitige Verschmelzung an den oberen oder unteren Polen und unterscheiden symmetrische und asymmetrische Formen, je nach der gleichen oder ungleichen Entwicklung beider Hälften. Für unkomplizierte Hufeisennieren wird als charakteristisches Symptom der beim Stehen und bei Anstrengungen, besonders bei schwerem Heben mit Überstreckung des Körpers auftretende, in Rückenlage verschwindende Schmerz beschrieben, der durch Zerrung der freien Nierenpole an dem befestigten Isthmus entsteht und durch Isthmusdurchtrennung (Rovsing) beseitigt wird. Als häufigste Erkrankung der Hufeisenniere wird in der Jugend die Hydronephrose, in vorgerückteren Jahren die Steinbildung erwähnt. Für die Diagnose der ersteren ist die Röntgenaufnahme der Harnleiter wichtig; bei Steinbildung liegen die Schatten auffallend nahe der Wirbelsäule. Die Diagnose der Hufeisenniere ist am besten durch die Palpation zu stellen. Bei operativen Eingriffen ist wegen der anormalen Gefässversorgung und des regelwidrigen Harnleiterabgangs die Stielversorgung mit grösster Vorsicht vorzunehmen.

Fränkel (10) macht zur Diagnose der Hufeisenniere im Röntgenbilde darauf aufmerksam, dass die Achsen beider Nierenhälften zur Wirbelsäule parallel stehen und den Psoasrand kreuzen, während die normal gelagerten Nieren mit der Wirbelsäule einen nach unten geöffneten spitzen Winkel bilden und dem Psoasrande parallel stehen.

Zondek (28) hebt hervor, dass die Hufeisenniere die tiefe Lage der fötalen Niere hat; sie ist medianwärts und nach vorne verlagert, hat das Becken an der vorderen Wand und der Ureter ist meist verkürzt — durch Palpation und durch Röntgenaufnahme mittelst schattengebenden Katheters oder Pyelographie nachweisbar. Die Längsachsen der Nieren bilden ferner in ihrer Verlängerung einen nach unten (statt nach oben) spitzen Winkel mit der Wirbelsäule oder verlaufen ihr parallel.

In der Diskussion spricht Rosenthal über doppelseitige Steinbildung in einer Hufeisenniere.

Jepremoff (12) hebt für die Hufeisenniere besonders die regelmässige Versorgung mit mehrfachen akzessorischen Arterien und die ventrale Lage des Nierenbeckens hervor. Gleichzeitige Anomalien der Genitalorgane wurden nicht beobachtet. Als Symptome werden hervorgehoben: Magen- und Darmbeschwerden, Schmerzgefühle und Brechneigung, Gefühl der Zusammenschnürung des Leibes, Schmerzanfälle nach schwerem Heben und nach rascher Füllung des Magens, Schmerzen bei Überstreckung des Rumpfes, Palpationsbefunde.

Günsburg (11) hebt hervor, dass eine gesunde Hufeisenniere schon solche Symptome verursachen kann, dass ihre Diagnose möglich ist; die Beschwerden können so beträchtlich sein, dass eine Operation notwendig wird. Bei der Durchtrennung des Isthmus sind die akzessorischen Gefässe zu schonen und sie muss nicht an der dünnsten, sondern an der gefässärmsten Stelle vorgenommen werden. Der Isthmus ist zwischen zwei Klemmen zu durchschneiden und die Wundränder mit Catgut zu übernähen und mit Bauchfell oder Fett zu decken, um Harnaustritt zu verhüten. Die Bauchhöhle kann ohne Drainage geschlossen werden.

Rumpel (23) beschreibt eine linksseitige hydronephrotische Steinniere, die bei der Exstirpation sich als linke Hälfte einer Hufeisenniere erwies. Abtragung und Vernähung des Isthmus, Heilung. Als Symptome der Hufeisenniere werden mediane und tiefere Lage der Niere, besonders aber der durch Pyelographie zu liefernde Nachweis der medialen Lagerung des Nierenbeckens vor dem dritten oder vierten Lendenwirbelkörper hervorgehoben.

In der Diskussion betont Zondek die Verlagerung der Niere nach unten und medialwärts als Symptom der kongenitalen Heterotopie der Niere; werden beide Nieren als kongenital heterotopisch nachgewiesen, so ist mit Wahrscheinlichkeit eine Hufeisenniere anzunehmen, ebenso wenn beide Nieren von oben und aussen nach innen und unten (statt umgekehrt) oder die Längsachsen der Wirbelsäule parallel gelegen sind.

Brongersma (7) konnte in einem Falle von Hufeisenniere mit doppelseitiger Pyelitis und heftigen Schmerz- und Kolikanfällen mittelst Pyelographie die Lage der Verbindungsbrücke auf der linken Seite der Wirbelsäule feststellen und auf Grund dieser Feststellung die Trennung der Brücke nach Rovsing ohne Schwierigkeit ausführen.

5. Sekretionsstörungen, Blutungen.

1. *Allen, L. W., A case of bilaterale hematuria cured by injection of whole blood. Amer. Journ. of Surg. 1913. p. 465.
2. *Baggerd, Zur Kenntnis der Massenblutungen ins Nierenlager. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 91. Heft 3.
3. *Barling, G., Two cases of severe unilateral hematuria without evident cause. Brit. Journ. of Surg. Bd. 1. Nr. 4.
4. *Bazy, P., Des anuries de cause indéterminée. Journ. d'Urol. Bd. 6. p. 1.
5. Bériel, L., und A. Devie, Les sequestres des reins. Lyon méd. 1913. Nr. 23. (Gummata- oder tuberkelähnliche, von sklerosiertem Gewebe umgebene Nierensequester, die sehr lange bestehen können.)
6. *Bondy, Akute Funktionsstörung im uropoetischen System während der Schwangerschaft. Gyn. Ges. Breslau. Sitzg. vom 17. März. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 947.
7. Braasch, W. F., Renal hematuria. Amer. Med. Assoc. 64. Jahresvers. Sect. on gen.-ur. dis. New York. Med. Journ. Bd. 98. p. 48. (Siehe Jahresbericht Bd. 27. p. 478.)
8. *Burton, J. A. G., Renal varix. Glasgow Med.-Chir. Soc. Sitzg. vom 6. März. Brit. Med. Journ. Bd. 1. p. 654.
9. *— Aneurysma of the renal artery. Glasgow Med.-Chir. Soc. Sitzg. vom 6. März. Brit. Med. Journ. Bd. 1. p. 954.
10. *Cabot, H., Anuria, its etiologic and surgical phases. Mississippi Valley Med. Assoc. 40. Jahresvers. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 63. p. 1878.
11. v. *Cappellen, D., Über essentielle Hämaturie. Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. 1913. II. p. 1054.
12. *Carlier, V., und H. Leroy, Les hématuries au cours de l'appendicite. Province méd. Nr. 10.
13. *Castro, Über Erythrocyturia minima im Säuglings- und Kindesalter. Zeitschr. f. Kinderheilk. Bd. 11. Heft 4.
14. *Datyner, H., Renale Hämaturien. Arch. f. klin. Chir. Bd. 104. Heft 2.
15. Davis, A. B., Chylurie während Schwangerschaft und Wochenbett. Amer. Assoc. of Obst. and Gyn. 27. Jahresvers. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 178.
16. Delmas, Un cas d'anurie post-opératoire; insuccès du traitement médical. Néphrotomie. Réunion obst. et gyn. de Montpellier. Sitzg. vom 3. Juni. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. p. 433.
17. Evans, A., Suppressio urinae nach Blinddarmoperation. R. Soc. of Med. Sitzg. vom 16. Dez. 1913. Lancet. 1913. Bd. 2. p. 1822. (Hämaturie, dann Anurie, die durch doppelseitige Nephrotomie beseitigt wurde.)
18. Fischer, B., Isolierte Thrombose der linken Arteria venalis. Ärztl. Verein Frankfurt a. M. Sitzg. vom 15. Juni. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 1820. (Totale Infarzierung der Niere; Arteriosklerose; 80jährige Frau.)
19. Fromme, Anurie von 20 Tagen. Med. Ges. Göttingen. Sitzg. vom 22. Jan. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 51. p. 812. (Nach Exstirpation der linken Niere wegen Ruptur. Tod nach 20tägiger Anurie wegen tuberkulöser Verkäsung der rechten Niere; weder Kopfschmerzen noch Sehstörungen, erst am 20. Tage Krampfanfälle. Blutgefrierpunkt — 0,71° [Lichtwitz].)
20. Geipel, Fall von totaler Anurie. Gyn. Ges. Dresden. Sitzg. vom 18. Dez. 1913. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 517. (Fall von vollkommener 4½tägiger usque ad exitum dauernder Anurie infolge ausgedehnter Rindennekrose beider Nieren. Eine Nierenenthülsung wurde wegen des Fehlens von Ödemen und des auffälligen Wohlbefindens unterlassen.)
21. *Ghiron, M., Die Nierenfunktion bei der durch Reflex hervorgerufenen Anurie. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 51. p. 158.
22. *Guisy, B., Un cas d'anurie avec élimination supplémentaire de l'urée chez une femme hystérique. Revue des Sciences méd. hellènes. Bd. 1. p. 12. Ref. Journ. d'Urol. Bd. 5. p. 73.

23. Harpster, C. M., Case of renal hematuria, with three anomalous renal arteries. Ohio State Med. Journ. Columbus. Bd. 10. Nr. 5.
24. *Hirschstein, Funktionelle Nierenstörungen. Ärztl. Verein Hamburg. Sitzg. vom 12. Mai. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 40. p. 1830.
25. Kemble, A., Essential hematuria. Washington Med. Annals. Bd. 13. Nr. 2.
26. Lehnert, F., Durch chronische Nierenlagerblutungen erzeugte Sklerose des Nierenlagers. Frankf. Zeitschr. f. Pathol. Bd. 15. Heft 2. (Sektionsbefund; schwartige Verdickung des Nierenfettlagers, das mit zahlreichen kapillären Blutungen durchsetzt war. Die Blutungen werden auf Trauma zurückgeführt, sowie auf Zerrung der Niere durch die verlagerten Eingeweide — es bestanden mehrere Bauchbrüche —, so dass Kapillaren zerrissen wurden; Begünstigung der Blutungen durch Arteriosklerose.)
27. *Leroy, W., Rapports entre la circulation veineuse de l'appendice et la circulation du rein droit. Province méd. Nr. 11.
28. *Livermore, G. R., Surgical treatment of anuria. Southern. Med. Journ. Nashville. Bd. 7. Nr. 4.
29. Marie und Laroche, Hämaturie bei Pancreatitis haemorrhagica. Arch. de méd. expérim. Bd. 25. Heft 6. (Die Nierenblutung wird als Folge der aus dem nekrotischen Pankreas resorbierten Gifte gedeutet.)
30. *Martin, L'hématurie dans l'appendicite. Thèse de Bordeaux. 1913/14.
31. Moore, H., Essentielle Hämaturie; Fall von Heilung durch Adrenalininjektion mittelst Ureterkatheters. Urol. and Cut. Rev. Bd. 17. p. 407. (Inhalt aus Titel ersichtlich.)
32. Newman, D., Six cases of lumbar nephrectomy and one case of resection for renal varix. Glasgow Med. Journ. Bd. 82. Nr. 3.
33. *Niedermeyer, O., Über reflektorische Anurie. Inaug.-Diss. München 1912.
34. *Nové-Josserand, G., und H. Fayol, Contribution à l'étude de l'hématurie au cours des diverses formes d'appendicite. Journ. d'Urol. Bd. 5. p. 121.
35. Portner, E., Anurie. Med. Klinik. Bd. 10. p. 645. (Allgemeine Richtpunkte in bezug auf Behandlung.)
36. — Nephralgie (Nephralgia haematurica, Nierenneuralgie, Nephritis dolorosa). Med. Klinik Bd. 10. p. 247. (Kurze Richtpunkte in bezug auf Diagnose und Behandlung.)
37. Radlinski, Z., Hämaturie bei Appendizitis. Przegl. lek. Nr. 38. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 40. p. 564. (Die Nierenblutung wird als Wirkung eines aus dem Darm stammenden toxisch-infektiösen Agens erklärt.)
38. *Rössle, Chronische Apoplexien des Nierenlagers. Naturw.-med. Ges. Jena. Sitzg. vom 13. Nov. 1913. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 40. p. 263.
39. — Varix des Nierenhilus. Naturw.-med. Ges. Jena. Sitzg. vom 13. Nov. 1913. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 40. p. 264. (Nach Sturz und Blutung ins Nierenbecken.)
40. Schiff, L. F., Hematuria, its pathologic and diagnostic import. New York State Journ. of Med. Bd. 14. Nr. 4.
41. *Schwarz, O., Über die sogenannte nervöse Pollakiurie bei Frauen. Wiener med. Wochenschr. Bd. 64. p. 598.
42. Sherill, J. G., Bedeutung und Behandlung der Hämaturie. Amer. Assoc. of Obst. and Gyn. 27. Jahresvers. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 178. (Siehe Jahresbericht Bd. 27, p. 478.)
43. *Spitzer, W. M., Continuous painless renal hemorrhage and its treatment. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 63. p. 2110.
44. Stolz, Über das perirenale Hämatom. Unterelsäss. Ärzteverein Strassburg. Sitzg. vom 25. Juli. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 51. p. 1563. (Zwei Fälle von unklarer Ätiologie, in einem Falle Entstehung nach brüsker Körperbewegung; beide wurden operiert, ein Exitus.)
45. Taylor, J. H., Essential hematuria. South Carolina Med. Assoc. Journ. Seneca. Bd. 9. Nr. 12.
46. *Thiem, Massenblutung ins Nierenlager. Monatsschr. f. Unfallheilk. und Invalidenwesen. 1913. Nr. 12.
47. Timberlake, G., Renal hematurias as influenced by ureteral catheterization. Southern Med. Journ. Mobile. Bd. 7. Nr. 10.
48. *Treub, H., Zwangerschaps haematurie. Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. 1912. II. Nr. 11.
49. Tschistowitsch, N. J., Nephritis haemorrhagica periodica. Deutsche med. Wochenschrift. Bd. 40. p. 1266 und Wratsch 1913 Nr. 39. (Ein Fall, mit Fiebersteigerung

und Lumbalschmerzen einsetzende Anfälle von Hämaturie, vielleicht — Erfolg der Jod- und Quecksilberbehandlung — auf Syphilis beruhend.)

50. Vallentin, Über Massenblutungen ins Nierenlager. Berl. Ges. f. Chir. Sitzg. vom 25. Mai. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 1312. (Fall von tödlicher Blutung aus den Nebennieren in das Nierenlager.)

Schwarz (41) beschreibt drei Fälle von nervöser Pollakiurie bei Frauen. Die Affektion verschwindet zur Zeit gesteigerter Ovarialtätigkeit (Menstruation) von selbst und wird durch gesteigerten Sympathikustonus bewirkt. In manchen Fällen kann sie durch künstliche Zufuhr von Ovarialsubstanz beseitigt werden.

Hirschstein (24) hebt das Vorkommen funktioneller Nierenstörungen bei verschiedenen Neurosen und an anderen Organ- oder Allgemeinkrankheiten hervor, die durch tägliche Feststellung der Wasser-, Chlor-, Phosphor-, Stickstoff-, Schwefel-, Ammoniak-, Harnsäure- etc. Ausscheidung nachzuweisen sind. Der Nachweis solcher Hemmungszustände ist zur Verhütung späterer Nierenerkrankung und zur Erkennung und Behandlung der verschiedenen rein funktionellen Erkrankungsformen wichtig.

Bazy (4) beschreibt zwei Fälle von Anurie, in welchen trotz verdächtiger Schatten kein Stein in Niere oder Ureter vorhanden war. In einem Falle wird Erweiterung und Knickung des Ureters mit Harnstauung nach früher vorhanden gewesenen wirklichen Nierensteinkoliken als Ursache der Anurie beschuldigt.

Bondy (6) beschreibt einen Fall von reflektorischer, zwei Tage dauernder Anurie in der Schwangerschaft (5.—6. Monat) mit beginnenden urämischen Erscheinungen, die nach Entleerung des Uterus verschwanden.

Niedermeyer (33) beschreibt einen Fall von wochenlanger reflektorischer Störung der Nierenfunktion ohne organische Erkrankung des Nierengewebes. Heilung durch Dekapsulation, nachdem der Ureterkatheterismus erfolglos versucht worden war.

Ghiron (21) beobachtete bei Unterbindung eines Ureters an Ratten nach eingetretener reflektorischer Anurie eine ungenügende Funktion der Glomeruli, während die absorbierende Funktion der Kanälchenepithelien erhalten blieb.

Guisy (22) beobachtete bei einer 29jährigen Hysteroepileptischen nach psychischem Schock 17tägige Anurie unter Auftreten starker wässeriger Ausscheidung aus Nase und Konjunktiva und Scheide und profusen Schweissen. Das Nasensekret enthielt 2,5 ‰ Harnstoff und 0,4 ‰ ClNa. Nach 17 Tagen Wiederauftreten der Harnsekretion unter Nachlass der übrigen Ausscheidungen.

Cabot (10) tritt bei Anurie stets für operative Behandlung ein, wenn das Nierengewebe zerstört oder wenn der Ureter verlegt ist, sei es von aussen oder im Lumen; bei einseitiger Verlegung und Anurie durch Reflex oder aus anderen Ursachen ist auf der Seite der Obstruktion zu operieren.

Livermore (28) schlägt bei Anurie vor, die Nieren nach Freilegung von der Kapsel zu befreien und dann in der Mitte des konvexen Randes einen etwa 1½ cm langen Einschnitt durch die Rinde bis ins Nierenbecken zu machen und von hier einen Ichthyolglyzeringazetampon ins Nierenbecken einzuführen, der täglich erneuert wird, bis Diurese auftritt.

Spitzer (43) führt die schmerzlosen einseitigen Nierenblutungen auf passive Kongestion zurück, und nicht auf nephritische Vorgänge, jedoch entstehen bei längerer Dauer solcher Blutungen Veränderungen, die der chronischen interstitiellen Nephritis entsprechen. Ursache der passiven Hyperämie kann Drehung der Niere um einen kurzen Stiel werden. Die Operation ist nur indiziert bei starker bedrohlicher Anämie; die Nephrotomie ist zu verwerfen, dagegen werden Nephropexie und Enthülsung empfohlen.

In der Diskussion will Kretschmer den Ausdruck „essentielle Hämaturie" auf die ohne sichtbare Veränderungen auftretenden Blutungen beschränken; bei einseitigen Blutungen muss die Möglichkeit, dass dennoch doppelseitige Veränderungen vorhanden sind, berücksichtigt werden. In manchen Fällen genügt zur Blutstillung der Ureterkatheterismus. Epinephrin ist ein wirksames Mittel, darf aber angesichts der wahrscheinlich vorhandenen organischen Veränderungen nicht zu lange fortgesetzt werden. Braasch und Cabot betonen die Möglichkeit chronisch nephritischer Veränderungen als Blutungsursache, Cabot erwähnt Varikositäten des Nierenbeckens. Squires erwähnt einen Fall, in welchem sich als Blutungsursache, nachdem die Blutung für essentiell gehalten worden war, ein Hypernephrom erwies.

Barling (3) empfiehlt für die Blutstillung bei Nephrotomie wegen einseitiger Nierenblutung die temporäre Abklemmung des Nierenstiels mit mit Kautschuk überzogener

Klemme, dann die Vernähung der Niereninzision mit Matratzennähten, hierauf Abnahme der Klammer, Reposition der Niere und mehrere Minuten lange digitale Kompression der Niere.

v. Cappellen (11) fand unter zwei Fällen von einseitigen Nierenblutungen beginnende chronische interstitielle Nephritis, im zweiten eine in zwei Schwangerschaften ausgebildete Ureterabknickung mit Hydronephrose und sekundärer Infektion.

Datyner (14) glaubt, dass viele Hämaturien wirklich essentielle sind, wenn auch bei vielen Fällen nephritische Veränderungen nachzuweisen sind. Zwei Fälle von hämaturischer Nephritis und einer von Koliknephritis werden mitgeteilt. Die Nephrotomie ist zur Zeit die am meisten empfohlene Behandlung.

Lohnstein (c. 5. 3) empfiehlt bei Nierenblutungen und Hämatombildung als erste Hilfe Horizontallagerung, leichten Kompressionsverband auf die Nierengegend und Eisblase, innerlich ein Styptikum, ausserdem möglichst rasche Verbringung in eine chirurgische Anstalt.

Hochenegg (siehe Pleschner c. 4. 20) fand bei Freilegung und Spaltung der Niere wegen einseitiger arteriosklerotischer Nierenblutungen keine abnormen Befunde, jedoch ergab die Sektion (Tod an Herzinsuffizienz nach der Operation) ausgedehnte interstitielle Veränderungen beiderseits.

Allen (1) machte bei doppelseitiger nicht stillbarer Nierenblutung (dabei rechts Hydronephrose) und starker Anämie eine subkutane Injektion von 20 ccm Blut der gesunden Schwester der Kranken und beobachtete innerhalb 20 Stunden dauerndes Aufhören der Blutung.

Burton (8) fand bei Freilegung der Niere wegen heftiger Hämaturien einen grossen Varix des Nierenbeckens nahe dem unteren Pol, der unter Keilresektion aus der Niere exstirpiert wurde.

Burton (9) beschreibt ferner ein Aneurysma der Nierenarterie, das das Nierenbecken stark komprimierte und mit dessen Schleimhaut innig adhärent war. Hämaturien; Nephrektomie.

Treub (48) führt die Schwangerschaftshämaturie teils auf Autointoxikation, teils auf passive oder aktive Hyperämie, aber nur bei kranken oder wenigstens minderwertigen Nieren zurück. 19 Fälle.

Castro (13) beschreibt bei Säuglingen eine oft wochenlang dauernde Ausscheidung spärlicher roter Blutkörperchen im Harn, die er zum Teil auf toxische Schädigung der Nieren zurückführt, manchmal auch vor und nach Pyelitis beobachtet hat.

Nové-Josserand und Fayol (34) beobachteten drei Fälle von Hämaturie bei Appendizitis, und zwar trat sie bei akuten Fällen ganz plötzlich ohne vorhergehende Erscheinungen im unmittelbaren Anschluss an das Nachlassen der allgemeinen Appendixsymptome auf. Die Hämaturie ist intermittierend, von kurzer Dauer und wechselnder Stärke und tritt fast stets mit Nierenkoliken auf. Temperatursteigerung und Verschlechterung des Allgemeinzustandes sind nicht vorhanden und die Hämaturie bleibt nach ihrem Aufhören ohne Folgen von seiten des Harnapparates. Als Ursache wird — abgesehen von gleichzeitiger Lithiasis, Tuberkulose oder Nephritis — eine reflektorische Nierenkongestion angenommen. Der Wurmfortsatz wird dabei häufig nach hinten gelagert gefunden. Nach der Appendektomie verschwindet die Hämaturie.

Carlier und Leroy (12) sehen für die Hämaturie bei Appendizitis die Ursache in einer vorübergehenden Nephritis, die entweder durch die Ausscheidung von Bakterien und Toxinen veranlasst und dann doppelseitig ist, oder die auf Embolien beruht und dann rechtsseitig ist, wo direkte venöse Verbindungen zwischen Appendix und Niere Embolien begünstigen. In Fällen von Hämaturie soll stets an Appendizitis gedacht werden, weil diese Komplikation häufiger ist als im allgemeinen angenommen wird.

Solche direkte venöse Kommunikationen bestehen nach Leroy (27) besonders bei kurzem Mesenteriolum, und zwar kommunizieren die nach hinten und aussen vom Blinddarm gelegenen Venen direkt mit den Venen der rechten Lendengegend und indirekt auf dem Umweg durch die Vena cava mit der rechten Niere, und die rechte Vena spermatica steht in Verbindung mit den retroperitonealen Venengeflechten des Beckens und mit dem Venengeflecht des Nierenbeckens. Bei frei beweglichem Blinddarm besteht eine indirekte Verbindung mit der rechten Niere, und zwar bestehen Verbindungen zwischen den retroperitonealen Venengeflechten des Hypochondrium und des Beckens mit den Venen des Nierenlagers und der Niere selbst. Die beiden Gruppen der direkten und indirekten Verbindungen können untereinander die verschiedensten Kommunikationen besitzen.

Martin (30) beobachtete Hämaturien renalen, vesikalen und urethralen Ursprungs, und zwar sowohl im Verlaufe des Appendizitis-Anfalls oder ausserhalb eines solchen und

am Tage nach der Operation. Die Prognose wird für ernst erklärt, einerseits durch die Anämie, andererseits durch Elimination von Schutzstoffen gegen die Infektion.

Baggerd (2) tritt bei Massenblutungen ins Nierenlager für die operative Behandlung ein, da alle konservativ behandelten Fälle starben. Ein Fall, bei dem früher hydronephrotische Symptome vorhanden waren, wurde wegen bedrohlicher Erscheinungen seitens des perirenalen Hämatoms nephrektomiert.

Thiem (46) führt Blutungen ins Nierenlager auf eine schon vorher bestehende Nierenerkrankung (chronische Nephritis) zurück, ohne welche das vorausgegangene, oft geringfügige Trauma ohne Wirkung geblieben wäre. Die Blutung tritt unter Übelkeit, Erbrechen und heftigen Schmerz ein und führt bald oder in einigen Wochen zu einer geschwulstartigen Anschwellung.

Rössle (38) deutete in einem Falle von Apoplexien im Nierenlager die Blutaustritte als per diapedesin erfolgt.

6. Verlagerung der Niere.

1. *Ach, A., Über die operative Behandlung der Wanderniere. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 93. Heft 2.
2. André, Rein ectopique; néphrectomie. Soc. de Méd. de Nancy. Revue de Chir. Bd. 49. p. 879. (Angeborene Verlagerung der Niere vor dem Promontorium. Exstirpation wegen Pyonephrose.)
3. Anglesio, B., Ematuria da rene mobile. Riforma medica. Bd. 30. Nr. 34.
4. *Bicks, Ph., On the so-called movable kidney disease. Practitioner. Bd. 91. p. 854.
5. *Billington, W., The results of nephropexy. Brit. Med. Journ. Bd. 1. p. 856.
6. *Bissell, D., Surgical replacement of the prolapsed kidney. Med. Soc. of the County of New York. Sitzg. vom 28. April. Med. Record. New York. Bd. 85. p. 1056.
7. *Bolognesi, G., Le syndrome du rein mobile. Journ. d'Urol. Bd. 5. p. 21.
8. *Cathelin, Behandlung der Nephroptose. Paris méd. 1913. 16. August.
9. Dufour und Thiers, Rein ectopique pelvien. Bull. et Mém. d. l. Soc. anat. de Paris. 1913. Juni. (Rechtsseitige Beckenniere mit einziger aus der Bifurkation der Aorta entspringender Arterie; Sektionsbefund bei einer 68jährigen Frau.)
10. *Ferroni, Schwangerschaftstoxämie und Ren pelvicus congenitus mit Stieldrehung. Geb.-gyn. Ges. d. Emilia u. d. Marken. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 696.
11. *Fourcard, M., Pyelographie et rein mobile. Thèse de Nancy. 1913.
12. Gasbarrini, A., Nuovo contributo allo studio dell' albuminuria ortostatica. Clin. med. Ital. Nr. 3. (Grosser Bauchbruch mit Enteroptose und orthostatische Albuminurie, die durch Bandagenbehandlung beseitigt wurde.)
13. Gayet, G., Nephropexie bei beweglicher Niere. Lyon méd. Bd. 46. Nr. 29.
14. *Golubinin, Enteroptose, deren Pathogenese, Symptomatologie und Therapie. Med. Obosr. 1912. Ref. Gyn. Rundschau. Bd. 8. p. 337.
15. Grinstead, W. F., Splenopexy and right-sided nephropexy simultaneously. Missouri State Med. Assoc. Journ. St. Louis. Bd. 11. Nr. 2.
16. Hicks, P., So-called movable kidney disease. Practitioner. Bd. 91. Nr. 6.

16a. Jackson, E. S., Movable kidney. Australas. Med. Journ. Bd. 34. Nr. 20.

17. Kelly, H. A., und R. M. Lewis, Diagnosis of particular form of hydronephrosis due to movable kidney. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 19. Nr. 5.
18. *Kirchberg, F., Mechanotherapie bei Nierenerkrankungen. Therap. Monatsh. 1913. Heft 10.
19. *Korencan, Operative Verlagerung der kongenitalen dystopen Niere. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 27. p. 978.
20. Labey, G., und J. Paris, Rein ectopique congénital pris pour une tumeur du mésentère. Journ. d'Urol. Bd. 5. p. 769. (21jährige Frau; die Dystopie wurde erst bei der Operation erkannt und die Niere wurde reponiert und in ihrer Nische fixiert.)
21. *Lejars, F., Ectopie rénale et appendicite. Semaine méd. Nr. 18.
22. *Luzoir, J., De la néphropéxie (procédé d'Albarran-Marion). Paris 1913. G. Steinheil.
23. *Mac Laurin, Movable kidney. Australas. Med. Gaz. 1913. 30. August. Ref. Zentralbl. f. Chir. Bd. 41. p. 829.
24. *Marion, G., De la néphropexie; technique, résultats et indications. Journ. d'Urol. Bd. 5. p. 729.

25. *Mills, G. P., Nephropexy and its results. R. Soc. of Med. Surg. Sect. Sitzg. vom 13. Jan. Lancet. Jahrg. 92. Bd. 1. p. 243.
26. *Morris, R. T., Let us settle the loose kidney question. Med. Record. New York Bd. 85. p. 833.
26a. Necker, F. und Th. Lieben, Zur Klinik der Nephroptose. Deutsche urol. Ges. IV. Kongr. Zeitschr. f. Urologie Bd. 8. 1. Beiheft p. 353 (s. Jahresber. Bd. 27. p. 483).
27. Nemenow, Angeborene Beckenniere. Jubiläumskongr. d. Deutsch. Röntgenges. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 51. p. 912. (Röntgennachweis.)
28. *Pardhy, K. M., Nephroptosis movable kidney; floating kidney, dropped kidney. Practitioner. April. .
29. *Paterson, P., An operation for the fixation of a movable kidney. Lancet. Jahrg. 92. Bd. 1. p. 17.
30. *Poggiolini, A., Le conseguenze della nephroptosi in generali, sugli elementi dell' ilo e parenchima renale. R. Accad. dei Fisiocrit. di Siena. Sitzg. vom 17. Dez. 1913. Zeitschr. f. Urol. Bd. 8. p. 678.
30a. Portner, E., Wanderniere. Med. Klinik. Bd. 10. p. 553. (Kurze diagnostische und therapeutische Richtpunkte.)
31. *Scheuermann, H., Die operative Behandlung der Wanderniere. Arch. f. klin. Chir. Bd. 104. Heft 1.
32. *Schiller, H., Dystopie der linken Niere. Zeitschr. f. gyn. Urol. Bd. 5. p. 53 und Gyn. Ges. Breslau. Sitzg. vom 17. März. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 946.
33. *Simon, W. V., Beiträge zur Kenntnis und Behandlung der Wanderniere. Zeitschr. f. Urol. Bd. 8. p. 609.
34. Suter, Eiternde, schlecht funktionierende linke Niere. Med. Ges. Basel. Sitzg. vom 28. Mai. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 51. p. 1147. (Linksseitige Beckenniere mit aus der A. iliaca communis kommenden Gefässen; durch Pyelographie nachgewiesen.)
35. Taddei, Ileus infolge Jacksonscher Membran und bewegliche Niere. Rif. med. Bd. 33. p. 29.
36. *Ticky, Klinischer und experimenteller Beitrag zur Operation der Wanderniere. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 130. Heft 1/2.
37. *Vorschütz, Zur Fixation der Wanderniere. Zentralbl. f. Chir. Bd. 41. Kongressbeilage. p. 101.
38. *Wiedhof, O., Die Splanchnoptose und ihre Behandlung. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 128. p. 1.
39. *Zenoni, Distopia renale pelvica congenita. Gazz. degli osped. e d. clin. Nr. 20.

Simon (33) fand unter 48 Fällen von Nephroptosen 40 Frauen, meist im Alter von 20—45 Jahren; 22 hatten Geburten durchgemacht, jedoch war nur in fünf Fällen ein ursächlicher Zusammenhang mit den Geburtsvorgängen zu ermitteln. In je sechs Fällen wurden direkte oder indirekte Traumen als Ursache ermittelt, in 13 Fällen Abmagerung oder dünnes Fettpolster. Ptosen anderer Organe waren in 12, Appendizitis in sechs Fällen gleichzeitig vorhanden, 12mal bestanden nervöse oder psychische Komplikationen, 9mal intermittierende Hydronephrose, 16—18mal kolikartige Anfälle. Die Therapie war in 17 Fällen konservativ mit drei Heilungen und zwei Besserungen. 19mal wurde die Nephropexie ausgeführt mit vier Heilungen, fünf Besserungen und zwei Todesfällen (einmal Nachblutung durch Hämophilie nach der Operation und einmal Tod an Urämie nach einem Jahre); eine Operierte wurde wegen schwerer Nachblutung sekundär nephrektomiert. Von 12 Fällen mit neurotischen Komplikationen wurden fünf operiert, aber kein Fall geheilt und nur einer gebessert. Von neun Fällen von intermittierender Hydronephrose wurden sechs operiert, davon drei geheilt, von sechs Fällen mit Appendizitis wurden vier mittelst Nephropexie und Appendektomie und einer mittelst Nephropexie allein behandelt und alle geheilt. Nach der Operation war im allgemeinen die Niere zu einer Häflte bis zwei Drittteilen zu fühlen, meist ziemlich oberflächlich, etwas quer von aussen oben nach innen unten, bis Nabelhöhe oder darunter reichend. In drei nicht geheilten Fällen war sie völlig beweglich; in allen nachuntersuchten Fällen mit einer Ausnahme war geringe Verschieblichkeit nachzuweisen. Die Operationsmethode (Küttner) bestand in Spaltung und teilweiser Ablösung der fibrösen Kapsel, Aufhängen der Niere durch ein oder mehrere Parenchymligaturen an der XII. Rippe, Vernähung der Kapsel an Muskulatur und Faszie, zuweilen Drainage oder Gazeeinlage. Die Nachbehandlung bestand in 18—20 Tagen Bettruhe und 3—4½ Wochen Spitalaufenthalt; alle Operierten erhielten zunächst Bandagen. Die Wiederaufnahme der Arbeit geschah

durchschnittlich nach 2—3 Monaten. Die Indikation zur Operation wird in der Weise aufgestellt, dass sie erst nach erfolgloser Anwendung aller konservativen Massnahmen auszuführen ist, wenn andere Ursachen der Beschwerden (Erkrankung der Beckenorgane oder der Appendix) nicht in Frage kommen. Bei schweren nervösen und hysterischen Beschwerden ist die Operation zu verwerfen. Ausführliche Mitteilung der 48 Fälle.

Mac Laurin (23) hält die Nephroptose in der Regel für kongenital und durch eine angeborene Schwäche der Peritonealtasche, in der die Niere liegt, und durch die lose Verbindung der retro- und der prärenalen Faszie nach unten zu bewirkt. Er entfernt nach Butkewitsch die ganze Fettkapsel, reponiert die Niere unter die Rippen und vernäht nach unten das Peritoneum mit dem Quadratus lumborum und den Psoas. 67 Fälle; in einem Drittel bestand zugleich Appendizitis, in vier Fällen Hydronephrose.

Poggiolini (30) unterscheidet unter den Retentionen bei Nephroptose vier Stadien: 1. intermittierende offene Retention ohne Dilatation der abführenden Wege, 2. intermittierende offene Dilatation mit Retention, 3. permanente Retention mit permanenter offener Dilatation, 4. dieselbe mit bleibend geschlossener Dilatation. Für die erste Form schlägt er die Bezeichnung „Retention in einer beweglichen Niere", für die anderen Formen „Uronephrose bei beweglicher Niere" vor.

Golubinin (14) nennt als Folgen von Enteroptose u. a. Schmerzen in der Nierengegend, reflektorische Anurie und periodische Hydronephrose. Bei der erworbenen Enteroptose wird Bandagenbehandlung als zweckmässig erklärt.

Fourcard (11) empfiehlt unter Mitteilung von fünf Fällen die Pyelographie als sicheres diagnostisches Mittel der Nephroptose und ihrer Komplikationen.

Bolognesi (7) fand unter 28 Fällen von Nephroptose 11 mal ausschliesslich Schmerzsymptome mit oder ohne Krisen, zweimal nervöse Symptome, zweimal gastrointestinale Atonie, einmal beide letzteren Symptome gleichzeitig, dreimal Atonie des Verdauungskanals mit Appendikalgie, zweimal Kompression des Choledochus, einmal Anachlorhydrie. In drei Fällen war Hydronephrose und in drei katarrhalische Pyelitis und Pyelocystitis vorhanden. Die Nephropexie wird nur als berechtigt anerkannt, wenn die Nephroptose nur ein Symptom der allgemeinen Enteroptose ist. Für die Operation wird das Verfahren von Remedi bzw. Guyon-Tuffier empfohlen.

Lejars (21) beschreibt einen Fall von chronischer Appendizitis und in die rechte Darmbeingrube verlagerte, um das Doppelte vergrösserter Niere. Die Niere wurde reponiert und fixiert, die Appendix exzidiert. Durch den Druck der verlagerten Niere auf die Cökalgegend wird die Appendizitis und die Schmerzanfälle erklärt, die aber auch nach der Appendektomie nicht verschwanden, so dass die Nephrektomie in Aussicht genommen wird.

Bicks (4) schlägt auch bei Nephroptose, die Teilerscheinung einer allgemeinen Enteroptose ist, die Nephropexie vor, wenn Bandagenbehandlung nicht ausreicht.

Morris (26) erklärt die Nephropexie für indiziert bei Druck der beweglichen Niere auf das Duodenum und dadurch bewirkten Magendarmstörungen, bei Druck auf den Ductus choledochus, bei Knickung des Ureters mit Harnstauung, bei Torsion oder Knickung des Ureters mit Harnstauung, bei Torsion oder Knickung der Nierengefässe und bei Zerrung der Sympathikusfasern. Dagegen ist sie kontraindiziert, wenn die Beschwerden Teilerscheinung einer Neurasthenie oder die Nephroptose Teilerscheinung einer Enteroptose ist.

Wiedhof (38) erklärt die Lage der Organe in der Bauchhöhle nicht aus der Befestigung durch die Bauchfellduplikaturen, die viel zu dünn sind, sondern auf das Verhältnis des Volums der Bauchhöhle zu ihrem Inhalt und erklärt daraus die unzulänglichen Resultate der operativen Anhaftung verlagerter Organe, z. B. der Nieren.

Kirchberg (18) hält die Mechanotherapie bei Nephroptose nur insofern für nützlich, als sie gegen das Grundleiden, die Asthenie und die allgemeine Enteroptose gerichtet ist.

Billington (5) hatte unter 515 Fällen von Nephropexie bei Nephroptose nur vier Todesfälle (0,8 %) und nur einmal war die Niere wieder frei beweglich geworden. Bei genauerer Nachforschung über 100 mindestens seit einem Jahre operierte Fälle fand sich nur ein chirurgischer Misserfolg; die die Ptose begleitenden Beschwerden wurden in 60 % vollständig oder fast vollständig beseitigt und in 30 erheblich gebessert.

Mills (25) berichtet über die Resultate der Nephropexie, wobei die tiefe Fixation der Niere an die Lendenmuskulatur weit bessere Resultate liefert, als die einfache Kapselsuspensionsnaht und die Kapselsuspensionsnaht über die XII. Rippe. Im ganzen wurden nur 33 % Dauerheilungen, nur bei vorwiegenden Lendenneuralgien 50 % Dauerheilungen beobachtet. Im allgemeinen sind demnach die Resultate wenig befriedigend, besonders weil die Operation oft bei Beschwerden ausgeführt wird, die mit der Nephroptose nicht zusammenhängen. Dagegen sind Beschwerden, die sicher auf die Ptose zurückzuführen sind

(z. B. Lendenneuralgien) vollständig zu beseitigen. Wenn der Lendenschmerz mit anderen Symptomen vergesellschaftet ist, bringt die Operation selten Besserung; bei Dyspepsie infolge Verengerung des Duodenum ist sie erfolglos. Ausser den Lendenneuralgien sind intermittierende Hydronephrose und einige wenige Fälle von Enteroptose Indikationen für die Operation.

In der Diskussion gibt J. W. Th. Walker an, nach der Operation eine Besserung oder Beseitigung von Hämaturie, Albuminurie und Zylindrurie beobachtet zu haben. Nervöse Erscheinungen kehren meist nach der Operation wieder, ebenso ist die Operation vergeblich, wenn Verwachsungen der Niere mit Duodenum und Kolon das Primäre, die Ptose das Sekundäre war. Die Operation muss so ausgeführt werden, dass der Nierenstiel oder Nierenbecken und Ureter nicht gezerrt werden können und ausserdem darf die Niere nicht zu tief fixiert werden.

Luzoir (22) beschreibt die Fernresultate der Nephropexie nach Albarran-Marion (möglichst hohe Fixation mittelst vier Kapsellappen). Bei 30 nachuntersuchten Fällen war das Resultat günstig. Der Vorteil der Methode wird in der hohen Fixation, die sogar eine Überkorrektion darstellt, gesucht.

Pardhy (28) berechnet für die Nephropexie mindestens 50% Dauerresultate und empfiehlt sie möglichst frühzeitig wegen der Gefahr von Gefäss- und Ureterkrisen, von Hydronephrose und von Geistesstörungen durch Intoxikation infolge von Harnretention. Er empfiehlt Suspension der Niere an der 12. Rippe mittelst einer um diese geführte, aus der fibrösen Kapsel gebildete Schlinge.

Hochenegg (siehe Pleschner c. 4. 29) ist wegen ungünstiger Resultate und häufiger Rezidive von der operativen Fixation der Nephroptose zurückgekommen.

Marion (24) erklärt die Indikation für die Nephropexie gegeben bei denjenigen Nephroptosen, die durch Einklemmung, Hämaturie, Hydronephrose und Pyelitis kompliziert sind, ob sie mit Schmerzen verbunden sind oder nicht, ferner wenn die vorhandene Schmerzhaftigkeit der Hauptsache nach auf der Beweglichkeit der Niere beruht. Fälle von nervösen und dyspeptischen Symptomen geben ein zweifelhaftes Resultat. Da häufig chronische Appendizitis besteht, so soll vom Nephropexieschnitt aus die Appendix exstirpiert werden. Als Operationsmethode benützt Marion eine Modifikation der Albarranschen Lappenmethode. Von 53 Fällen konnten 26 nach längerer Zeit nachuntersucht werden, und nur in einem Falle war das Resultat ungünstig.

Bissell (6) führt bei Nephropexie den Schnitt über der 12. Rippe etwas oberhalb des Winkels der letzteren mit dem Erector trunci bis zu 1½ cm vor der Crista ilei 12 cm von der Mittellinie entfernt aus. Die Niere wird mit zwei Haftligaturen durch den oberen und unteren Nierenpol in normaler Lage suspendiert.

In der Diskussion spricht sich Pilcher für die Nephropexie aus, auch wenn die Nephroptose mit Ptose anderer Bauchorgane kompliziert ist. Ebenso verteidigt Sturmdorf die Berechtigung der Nephropexie, ob die Niere allein oder zusammen mit den anderen Bauchorganen verlagert ist, weil bei Knickung des Ureters durch die Ptose das Nierengewebe geschädigt wird. Er erklärt die Befestigung der Niere als Folge der Zentrifugalkraft des intraabdominellen Druckes und sieht die Ursache der Ptose in einer zu flachen Nierennische.

Cathelin (8) verwirft bei der Nephropexie die Anlegung mehrfacher quergreifender Parenchymnähte, die das Nierengewebe in der umfassten Zone strangulieren, sondern benützt nur zwei schief durchgelegte Parenchymligaturen, deren obere um die 12. Rippe, und deren untere um die vorderen und hinteren Faszienlagen der Muskelwand herumgeleitet werden und deren untere den unteren Nierenpol weiter lateral fixieren soll, um für den Ureter Raum zu schaffen.

Ach (1) erklärt die Operation für absolut indiziert bei den höchsten Graden von Wanderniere mit Mesonephronbildung, besonders bei Vorhandensein von Schmerzanfällen, Stauungserscheinungen und Hydronephrose, wenn sich diese Komplikationen durch Rückenlage nicht beseitigen lassen. Bei einfacher Wanderniere ist die Operation angezeigt, wenn konservative Behandlung fehlschlägt. Bei gleichzeitiger allgemeiner Splanchnoptose ist die Operation mit Vorsicht zu stellen. In bezug auf die Operationstechnik wird empfohlen, einen aus der Fascia lata fem. entnommenen 20 cm langen, 6 cm breiten Lappen unter der Capsula fibrosa durchzuführen und die Zipfel der transplantierten Faszie an das tiefe, bzw. oberflächliche Blatt der Fascia lumbodorsalis zu fixieren. 17 mit Erfolg operierte Fälle.

Paterson (29) beschuldigt die gewöhnliche Methode der Nephropexie, dass dabei die Niere zu tief fixiert und zwischen letzter Rippe und Darmbeinkamm dem Druck ausgesetzt wird. Er schlägt deshalb vor, die Niere durch einen der letzten Rippe parallel verlaufenden Schnitt blosszulegen, die fibröse Kapsel längs des ganzen konvexen Randes zu spalten und

auf eine gewisse Entfernung von der Rippe abzulösen, hierauf die oberen drei Vierteile der abgelösten Kapsel umzuklappen und gegen den Hilus zu die Ränder anzunähen. Im unteren Vierteil werden durch die Kapsel drei Haftligaturen gelegt, deren Enden durch die Muskelränder am oberen Wundwinkel geführt werden. Hinter der Niere werden Gazetampons eingelegt, welche in der Folge zu einer festen fibrösen Fixation der Niere führen.

Scheuermann (31) schlägt (nach Rovsing) nach Luxation der Niere einen I-förmigen Schnitt durch die Capsula propria und Bildung zweier flügelförmiger Kapsellappen vor. Ein Seidenfaden wird durch den adhärenten Teil der Kapsel durchgeführt, so dass dieser wie eine Schlinge um den unteren Pol liegt. Nach Reposition der Niere wird das andere Ende dieses Fadens durch den hinteren Rand der Muskelwunde ausserhalb der 12. Rippe herausgeführt. Durch Anziehen des Fadens wird die Niere an die normale Stelle gezogen. 95,4% Erfolge.

Ticky (36) beschreibt die Königsche Operation bei Nephroptose, bei welcher aus dem Periost der 12. Rippe ein längerer Streifen geschnitten wird, der durch die Nierenkapsel geführt und wieder an die Rippe angenäht wird. Das Resultat war gut.

Vorschütz (37) schlägt vor, bei der Nephropexie die Fettkapsel bis zur Grenze des unteren Drittels zu spalten, dann die Capsula propria je 2 cm lang und breit zu tunnelieren und so auf die 12. Rippe aufzuschieben; die zwei Hälften der Kapsel werden zu je einem Strang gedreht und vor und hinter der Niere an die 11. und 12. Rippe fixiert; schliesslich werden nach aussen von der aufgeschobenen Niere die abgeschobenen Weichteile der 12. Rippe durch Nähte über der Rippe vereinigt. Acht erfolgreiche Fälle.

In der Diskussion empfiehlt Riedel nur die Benützung der Capsula fibrosa und die Tamponierung der nach oben geschobenen Niere von unten her, Ruhr empfiehlt Herumschlagen eines frei verpflanzten Faszienlappens. Schloffer hat bei Fasziensuspension, das Ende der letzten Rippe nach oben umgeknickt, um den Faszienlappen daran festzubinden; er fürchtet von dieser Methode eine Störung der Zirkulation und des Harnabflusses.

Siehe ferner Fowler (g. 7. 20 u. 21).

Kongenitale Nierenverlagerung.

Korencan (19) beschreibt zwei Fälle von kongenitaler linksseitiger Verlagerung der Niere bis in den Beckeneingang (einen bei einer Frau). In beiden Fällen war es zu Darmstörungen gekommen durch die Beziehungen des verlagerten Organs zum S Romanum, und zwar in einem Falle zu jahrelang bestehender Obstipation, im zweiten zu akutem Darmverschluss. In beiden Fällen gelang es, nach Laparotomie und Inzision des hinteren Wandperitoneums die Niere so zu mobilisieren, dass sie auf die Darmbeinschaufel nach aufwärts verschoben und dort an die benachbarten Gewebe fixiert werden konnte; die Nische, in der die Niere gelagert war, wurde in einem Falle durch tiefgreifende Nähte zur Verödung gebracht, im zweiten tamponiert. Die Diagnose war in keinem Falle vor der Operation gestellt worden. Korencan tritt in solchen Fällen, wo die dystopische Niere Erscheinungen macht, für die Verlagerung ein, die dadurch ausführbar wird, dass die Fixation der dystopischen Niere fast niemals eine absolute ist, und die der Exstirpation als ein geringerer Eingriff vorzuziehen ist.

Ferroni (11) beschreibt einen Fall von linksseitiger kongenitaler Beckenniere, welche bei einer IXpara in den zwei letzten Schwangerschaften schwere Toxikose mit Albuminurie und unstillbares Erbrechen veranlasste, während die ersten sieben Schwangerschaften normal verliefen. Bei der letzten Schwangerschaft musste der künstliche Abortus im dritten Monat eingeleitet werden und drei Monate später wurde die Niere exstirpiert und zugleich mit Rücksicht auf die andere Niere die doppelseitige Tubensterilisation ausgeführt.

Schiller (32) beschreibt einen Fall von linksseitiger Beckenniere, die neben dem Uterus als Tumor zu tasten war und für einen Ovarialtumor gehalten wurde. Erst bei der Operation wurde der Tumor als Niere erkannt; sie wurde, weil sie unverschieblich war, an Ort und Stelle belassen. Eine spätere Schwangerschaft und Geburt verliefen ungestört.

Zenoni (39) beschreibt einen Fall von angeborener Verlagerung der linken Niere unter das Promontorium vor den Mastdarm mit senkrechtem Verlauf der Nierenarterie von der Aorta zum oberen Pol herab und drei Nierenvenen. In einem zweiten Falle lag die linke Niere oberhalb der Articulatio sacro-iliaca rechts und war an ihrem oberen Pol mit dem unteren Pol der normal gelagerten rechten Niere verbunden. Der linke Harnleiter verlief hinter dem rechten, den er kreuzte, nach der normalen Blasenmündung.

7. Hydronephrose und Zystenbildung.

1. *Albrecht, Grosse traumatische Hydronephrose. Gyn. Ges. München. Sitzg. vom 20. Nov. 1913. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 842.
2. Austoni, A., Intermittierende Hydronephrose durch Ureterknickung bei Solitärniere. Gazz. degli osp. e d. clin. Bd. 35. Nr. 39.
3. Baldwin, K. W., Fall von Hydronephrose im Kindesalter. Urol. and Cut. Rev. Bd. 17. Nr. 12. (Zweijähriges Kind, 2½ Liter enthaltender Hydronephrosensack, Exstirpation, Heilung.)
4. *Benthin, Zystenniere beim Neugeborenen. Nordostdeutsche Ges. f. Gyn. Sitzg. vom 20. Juni. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. p. 309.
5. *Berner, O., Die Zystenniere. Jena 1913. G. Fischer.
6. Bevacqua, A., Einseitige angeborene Nierenatrophie. Fol. urol. März. (Fehlen des Nierenbeckens und der Kelche, sowie des renalen Teils des Ureters; die Niere bestand aus grösseren und kleineren Zysten, dazwischen atrophische Tubuli und Fehlen sowie stellenweise Atrophie der Glomeruli. Tod an allgemeiner Tuberkulose; Sektion.)
7. *Bevers, E. C., A renal cyst causing chronic intestinal obstruction. Brit. Med. Journ. Bd. 1. p. 702.
8. *Boetzel, Experimentelle Untersuchungen über die Hydronephrose. Zieglers Beitr. f. pathol. Anat. u. allg. Pathol. Bd. 57. p. 294.
9. Boit, Hydronephrosen, bei denen ausser blutigem Urin keine Erscheinungen bestanden. Verein f. wissensch. Heilk. Königsberg. Sitzg. vom 18. Mai. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 40. p. 1877. (Zwei Fälle, kongenitale Stenose des Ureters; die Blutungen werden auf Dehnungsrupturen der inneren Wandschichten des Nierenbeckens und aus den sich aus diesen entwickelnden Granulationsflächen zurückgeführt.)
10. Bonnaire und Ecalle, Rein polykystique et vessie à colonnes chez un nouveau-né. Bull. et Mém. d. l. Soc. anat. de Paris. 1913. p. 475. (Rechtsseitige polyzystische Niere mit grosser, 230 g Flüssigkeit enthaltender Einzelzyste; Sektionsbefund).
11. *Bratton, Hydronephrosis praecox. Urol. and Cut. Rev. 1913. Okt.
12. *Dyckerhoff, Eigenartige Zystenbildungen der Niere. Virchows Arch. Bd. 216. Heft 1.
13. Edington, G. H., und J. S. Dunn, Partially hydronephrotic kidney. Glasgow Med.-Chir. Soc. Sitzg. vom 1. Mai. Brit. Med. Journ. Bd. 1. p. 1186. (Verdoppelung des Nierenbeckens und Ureters mit partieller Hydronephrose, Nephrektomie, Heilung.)
14. Enderlen, Hydronephrose. Würzburger Ärzteabend. Sitzg. vom 7. April. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 964. (Berstung einer kongenitalen Hydronephrose, Exstirpation, Heilung; 11jähriges Kind.)
15. Espersen, G., Remittierende Hydronephrose. Ugeskr. f. Laeger. Bd. 76. Heft 32. Ref. Zentralbl. f. Chir. Bd. 41. p. 1737. (Akzessorisches Gefäss aus der Art. spermatica, quer über den Ureter verlaufend. Nephrektomie. Heilung.)
16. Falgowski, Gestielte mannskopfgrosse Zyste einer ins kleine Becken verlagerten Niere bei einer 56jährigen Kranken, entfernt durch Laparotomie bei irrtümlicher Diagnose einer Ovarialzyste. Genesung. Lwowski Tyg. Lek. 1913. Nr. 41/42. Ref. Gyn. Rundschau. Bd. 8. p. 410.
17. Ferrond, Ureteronefrectomia per uronefrosi in gravidanza. Gaz. degli osp. e d. clin. Nr. 38. (Hydronephrose durch Verschluss des Harnleiters auf angeborener Grundlage, als Ovarialzyste diagnostiziert. Exstirpation, Heilung ohne Schädigung der Schwangerschaft.)
18. *Fertig, A., Über okkulte Hydronephrosen. Inaug.-Diss. Berlin 1913.
19. Fick, Zwei Fälle von kongenitaler Nierendystopie. VII. Ärztetag d. estländ. Ärzteges. Sitzg. vom 24. Nov. 1913. St. Petersb. med. Zeitschr. Bd. 98. p. 48.
20. *Fowler, O. S., Experimental kidney surgery. Amer. Med. Assoc. 64. Jahresvers. Sect. on Gen.-ur. dis. New York. Med. Journ. Bd. 38. p. 184.
21. *— Ureteral obstruction causing urinary stasis. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 62. p. 367.
22. Furniss, H. D., A case of hydronephrosis in a girl of fourteen. New York Obst. Soc. Sitzg. vom 14. Okt. 1913. Amer. Journ. of Obst. Bd. 69. p. 141. (Exstirpation, Heilung.)
23. Gangolphi und Caulejac, Hydronéphrose double. Soc. de chir. de Lyon. Sitzg. vom 26. Juni. Lyon méd. 1913. Nr. 46. (Linksseitiger, mit 5 Liter trüber Flüssigkeit gefüllter Hydronephrosensack mit Abszessbildungen, anfänglich für Milzzyste gehalten.

Exstirpation, Tod an akutem Duodenalverschluss. Rechte Niere um das Doppelte vergrössert, mit zwei Stielen und Arterienanomalien.)
24. *Ghoreyeb, Zirkulationsstörungen in der Niere nach Ureterunterbindung. Journ. of exp. Med. August.
25. *Gussew, Demonstrationen aus dem Gebiete der Nierenchirurgie. Ges. prakt. Ärzte Riga. Sitzg. vom 2. Okt. 1913. St. Petersb. med. Zeitschr. Bd. 39. p. 70.
26. Heiman, H., Case of bilateral hydroureter. Arch. of Ped. New York. Bd. 30. Nr. 11.
27. *Hicks, H. T., Hydropyonephrosis complicating pregnancy. Journ. of Obst. and Gyn. of Brit. Emp. Bd. 24. Nr. 6.
28. König, Plastische Operation bei infizierter Hydronephrose. Ärztl. Verein Marburg. Sitzg. vom 24. Jan. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 1020. (Grosse infizierte Sackniere mit Kompression des Ureters durch akzessorische Gefässe, Exzision eines Längsovals vom Hilus bis zum Ureterabgang, Vernähung der Wundränder, Überdeckung der Naht durch fein übertragenen Faszienlappen, Tampon; Heilung.)
29. *Kroiss, Zur konservativen Operation der intermittierenden Hydronephrose. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 27. p. 22.
30. *Loumeau, Sur un cas difficile d'uronéphrose infantile. Soc. de Méd. et de Chir. de Bordeaux. Sitzg. vom 17. Juli. Journ. de Méd. de Bordeaux. Bd. 85. p. 505.
31. *Lund, F. B., Rovsings operation for congenital cystic kidney. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 63. p. 1083.
32. *Michaïlov, N. A., Neue Tatsachen über die Ätiologie der Hydronephrose. Russ. Journ. f. Haut- u. Geschlechtskrankh. Jan. Ref. Journ. d'Urol. Bd. 5. p. 798.
33. *Mikaniewski, M., Des interventions dans la maladie kystique des reins. Journ. d'Urol. Bd. 5. p. 603.
34. Paus, N., Zystenniere mit Symptomen von Ruptura renis. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 130. Heft 5/6. (Schmerzen und schwere Hämaturie nach Fall; die Inzision ergab grosse Zystenniere ohne Ruptur; nach Reposition der Niere verschwand die Hämaturie nach 14 Tagen; sechs Familienmitglieder der Kranken haben nachweisbare Zystennieren.)
35. — Zwei Fälle von Zysten in den Nieren. Norsk Mag. f. Laegevidensk. Bd. 75. Nr. 8. Ref. Zentralbl. f. Chir. Bd. 41. p. 1740. (1. Fall von Zystenniere auf Grund familiärer Disposition; 2. grosse Solitärzyste, durch Operation entfernt.)
36. Perrucci, Un caso di idronefrosi da rene mobile. Gazz. degli osp. e d. clin. Nr. 23. (Linksseitige verlagerte und hydronephritische Niere mit Koliken und Hämaturie ohne Steinschatten; keine kongenitale Ursache. Nephrektomie. Heilung.)
37. Polacco, Fall von echter traumatischer Hydronephrose. Ges. d. Ärzte Wien. Sitzg. vom 29. Mai. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 27. p. 867. (Verletzung mit Bajonettstich, Hämaturie, später Tumorbildung; Exstirpation des grossen zystischen Sackes, dessen Wand nur stellenweise Überreste hochgradig degenerierten Nierengewebes zeigt.)
38. Portner, E., Hydronephrose. Med. Klinik. Bd. 10. p. 553. (Kurze Richtpunkte in bezug auf Diagnose und Behandlung.)
39. — Polyzystische Degeneration der Nieren. Med. Klinik. Bd. 10. p. 645. (Spricht sich gegen operative Behandlung aus.)
40. Riebeling, Uterus bicornis, veranlasst durch angeborene rechtsseitige Hydronephrose. Inaug.-Diss. Strassburg 1911. (Hydronephrose durch primären Mangel des rechten Ureters.)
41. *Routier und Picard, Hydronéphrose dans un rein unique; malformation congénitale des annexes de l'utérus. Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris. Nr. 6. p. 209.
42. Russell, C. W., Intermittent Hydronephrosis. Missouri State Med. Assoc. Journ. St. Louis. Bd. 11. Nr. 3.
43. *Sarkissiantz, A., Solitärzyste der Niere. Arch. mens. d'Obst. et de Gyn. Bd. 2. Nr. 11.
44. Schlitt, K., Ein Beitrag zur konservativen chirurgischen Therapie der Hydronephrose. Inaug.-Diss. Kiel 1912. (Zwei Fälle.)
45. *Simon, W. V., Beiträge zur Kenntnis und Therapie der Hydronephrose. Zeitschr. f. Urol. Bd. 8. p. 739.
46. Simonini, R., Un caso di degenerazione cistica dei reni d'un neonati. Soc. med.-chir. di Modena. Sitzg. vom 11. Juni 1913. Zeitschr. f. Urol. Bd. 8. p. 398. (Vollständige zystische Degeneration ohne den geringsten Rest sezernierenden Gewebes, enorme Entwicklung der Ureteren, Vergrösserung der Hypertrophie der Blase.)

47. Skutsch, Hydronephrose. Ges. f. Geb. u. Gyn. Leipzig. Sitzg. vom 15. Dez. 1913. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 451. (Transperitoneale Exstirpation; Ureter im oberen Teil vollständig undurchgängig.)
48. *Stokes, A. C., Lesions of the urinary tract by disease of the genital tract in the female. South Dakota State Med. Assoc. 33. Jahresvers. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 63. p. 58.
49. Tixier und Couvert, Rupture d'hydronéphrose. Soc. des Sc. méd. de Lyon. Revue de Chir. Bd. 49. p. 379. (Heftige Schmerzen und Schwellung linkerseits nach Fall; die Inzision ergab traumatische Hydronephrose und führte zu Fistelbildung; wegen Undurchgängigkeit des Ureters Exstirpation des grossen Sackes, deren Wand kleine parenchymatöse Abszesse enthielt.)
50. Tögel, O., Doppelseitige Zystenniere. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. Wien. Sitzg. vom 14. Mai. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 27. p. 970. (Doppelseitiger Tumor, der rechtsseitige zwei Jahre nach dem linksseitigen tastbar geworden, links Funktion stark herabgesetzt, rechts normal. Polyurie bei niedrigem spezifischen Gewicht; pyelitische Attacken alle 3—4 Wochen auftretend; Herz- und Gefässveränderungen; seit fünf Jahren in Beobachtung.)
51. Tossati, C., Reni mobili in degenerazione policistica. La clin. chir. 1913. Nr. 5. (Dekapsulation und Nephropexie unter Eröffnung vieler Zysten; erhebliche Besserung.)
52. *Veil, Über die Funktion der Zystennieren. Unterelsäss. Ärzteverein Strassburg. Sitzg. vom 28. Febr. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 51. p. 569. Deutsches Arch. f. klin. Med. Bd. 115. Heft 1/2.
53. Vogt, Zwei Fälle von Hydronephrose. Gyn. Ges. Dresden. Sitzg. vom 23. April. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 1138. (Laparotomie; in einem Falle Entleerung des Sackes und Unterbindung der Nierengefässe und des Ureters, im zweiten Falle Exstirpation; in beiden Fällen Differentialdiagnose mit Ovarialzyste in Frage kommend und schwierig.)
54. Zarfl, Angeborene Zystenniere. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. Wien. Sitzg. vom 22. Jan. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 27. p. 260. (Vergrösserung beider Nieren um das Doppelte, wahrscheinlich durch fötalen entzündlichen Prozess; 6½ monatliches Kind, Tod an Bronchitis. Sektionsbefund.)

Bratton (11) führt die kongenitale Hydronephrose auf Falten- und Klappenbildungen oder Torsionen des Ureters oder auf Kompression durch akzessorische Gefässe zurück. Erworbene frühzeitige Hydronephrosen werden durch Strikturen, Steine, Blasentumoren etc. bewirkt.

Gussew (25) beschreibt einen Fall von intermittierender Hydronephrose durch ein akzessorisches, den Ureter abknickendes Gefäss. Bei Freilegung platzte der Sack, so dass die Nephrektomie vorgenommen wurde.

Hicks (27) beschreibt einen Fall von infizierter rechtsseitiger Hydronephrose bei Gravidität, der unter Annahme eines perinephritischen Abszesses zur Inzision und Drainage Veranlassung gab; die Operation führte nicht zur Besserung, so dass die künstliche Frühgeburt ausgeführt wurde, welche Operation bei zu Pyonephrose führender Pyelitis der Nierenoperation vorgezogen wird. Hicks beobachtete unter 40 Fällen von Pyelitis in der Schwangerschaft das Entstehen einer Pyonephrose. Die Ursache wird auf Kompression des rechten Ureters durch den schwangeren Uterus zurückgeführt.

Loumeau (30) beschreibt einen Fall von Hydronephrose bei einem 12jährigen Kind, welche durch Vorwölbung des Musculus rectus für eine Bauchhernie gehalten, inzidiert und nach Eröffnung in die Bauchwand eingenäht wurde. Erst jetzt wurde an der ausfliessenden Flüssigkeit die Hydronephrose erkannt und nach Befreiung des Sackes von der vorderen Bauchwand auf lumbalem Wege exstirpiert. In der Diskussion werden zwei ähnliche Fälle von Bégouin erwähnt.

Fowler (20, 21) ist geneigt, Harnstauung im Nierenbecken auf die aufrechte Stellung zurückzuführen und empfiehlt zu deren Verhütung nach Steinoperation die Nephropexie in querer Richtung mittelst Einführung von Streifen der Faszie in die Nierenkapsel.

Bondy (g. 5. 6) beschreibt das akute Entstehen einer Hydro- bzw. Pyonephrose auf dem Boden einer linksseitigen Pyelitis; wegen schwerer Allgemeinerscheinungen wurde der Uterus entleert. Heilung.

Seidel (g. 2. 100) führt das Entstehen einer Uronephrose bei komprimierenden, kreuzenden, akzessorischen Gefässen darauf zurück, dass der Ureter unterhalb der Kreuzungs-

stelle kollabiert, oberhalb derselben gedehnt ist. Auch bei grossen Uronephrosen soll konservativ verfahren oder eine Nierenbeckenplastik ausgeführt werden.

Stokes (49) macht auf die Obstruktion des Ureters und Hydronephrosenbildung infolge von Erkrankungen der inneren Genitalorgane bei Frauen aufmerksam.

Michailow (32) beschreibt einen Fall von infizierter Hydronephrose mit Atrophie der Niere infolge von 4 cm langer Einstülpung des Ureters ins Nierenbecken. Abtragung der Einstülpung und später plastische Operation. Heilung.

Bötzel (8) fand bei Kaninchen, dass nach sechstägiger Dauer einer durch Ureterunterbindung herbeigeführter Hydronephrose injiziertes Toluidinblau nicht mehr ins Nierenbecken ausgeschieden wird, auch die Nierenepithelien verlieren nach drei Wochen die Fähigkeit zur Farbstoffaufnahme. Wenn um diese Zeit die Ureterligatur entfernt wird, stellt sich die Fähigkeit der Farbstoffausscheidung wieder her. Bei längerer Dauer der Hydronephrose werden die Zellen für immer funktionsunfähig und nekrotisch.

Ghoreyeb (24) fand, dass nach Ureterunterbindung in der ersten Woche das Zirkuslationshindernis bei künstlicher Durchblutung durch Öffnung des erweiterten Nierenbeckens zu beseitigen ist, nach längerer Zeit bleibt die Behinderung wegen narbiger Gewebsveränderungen bestehen.

Simon (45) berichtet über 20 Hydronephrosenfälle, 6 geschlossene, 14 offene; 7 waren sicher, 3 wahrscheinlich intermittierend; 1 Fall war sicher, 5 wahrscheinlich infiziert. Angeboren waren drei Fälle, Nephroptose in drei, Trauma ebenfalls in drei Fällen und Nierensandbildung in einem Falle als Ursache anzunehmen. Von begleitenden Krankheiten werden Arteriosklerose, Peritonitis, interstitielle Nephritis, Pleuritis und Abszess auf dem Musc. iliacus, sowie Pankreatitis erwähnt. In drei Fällen wurde konservativ plastisch operiert (eine Heilung), in neun Fällen der Sack primär exstirpiert (fünf Heilungen) und in fünf Fällen die Exstirpation nach Einnähen des Sackes und Punktion ausgeführt (vier Heilungen). Vier Operierte starben, zwei im Anschluss an die Operation, einer an Nachblutung und Embolie und einer mit infizierter Hydronephrose (Kind). In einem Falle von zweizeitiger Operation kam es zu einer Narbenhernie. Die konservative Behandlung wird bei geringen Beschwerden, nicht besonders beeinträchtigter Arbeitsfähigkeit und negativem oder geringfügigem palpatorischem Befund empfohlen. Die Exstirpation wird nur bei Vorhandensein von keinem oder sehr wenig sezernierendem Parenchym für angezeigt erklärt.

Kroiss (29) pflanzte in einem Falle von kongenitaler Hydronephrose den durch Nierengefässe von vorne her komprimierten Ureter so in das Nierenbecken ein, dass der Ureter vor die Gefässe zu liegen kam. Er verlangt, dass das neue Orifizium genügend weit und am tiefsten Punkte des Nierenbeckens zu liegen kommt, endlich dass die Niere in geeigneter Weise verlässlich fixiert wird. In aseptischen Fällen kann auf Drainage des Nierenbeckens verzichtet werden.

Fertig (19) hebt hervor, dass Hydronephrosen vollkommen symptomlos verlaufen können, nicht nur kleine unfühlbare, sondern auch enorme Säcke. Bei plötzlichem vollständigem Ureterverschluss kommt es zuweilen überhaupt nicht zur Bildung eines fühlbaren Tumors. In anderen Fällen kommt es nur zu Symptomen von seiten des Magendarmkanals und zu Schmerzen, die nicht den Typus von Nierenkoliken haben; solche Fälle werden als okkulte Hydronephrosen bezeichnet. Ein solcher Fall wird mitgeteilt.

Routier und Picard (41) teilen einen Fall von Nephrektomie wegen Hydronephrose mit, die sich trotz vorausgegangener Nephropexie (wegen Nephroptose) entwickelt hatte. Es erfolgte Exitus wegen Fehlens der linken Niere; der Uterus erwies sich nach rechts laterovertiert und die rechte Tube inserierte am linken Seitenrand des Uterus in die Höhe des Isthmus.

Albrecht (1) beobachtete grosse traumatische Hydronephrose, die unter den Erscheinungen akuter Einklemmung einer Wanderniere auftrat. Der Ureter war 3 cm unterhalb seines Ursprungs obliteriert. Exstirpation, Heilung.)

Zystennieren.

Berner (5) schildert in einer eingehenden Monographie die pathologische Anatomie der Zystenniere, sowie die solitären Nierenzysten. Er fasst die Zystenniere als Folge einer Entwicklungsanomalie auf und vergleicht sie mit den Adenosarkomen, welche ebenfalls aus der neogenen Zone der embryonalen Niere abgeleitet werden. Die angeborenen und erworbenen Zystennieren werden auf denselben Ursprung zurückgeführt. Besonders wird das Vorhandensein nephrogenen Gewebes in fast allen Zystennieren hervorgehoben.

Benthin (4) folgert aus einem Falle von doppelseitiger Zystenniere bei einem Neugeborenen mit nur einseitiger Ureterobliteration, dass die Zysten nicht Retentionszysten sind, sondern dass die Zystenniere als Hemmungsbildung aufzufassen ist.

Mikaniewski (33) stellt 194 Operationen bei Zystenniere zusammen und fand bei 127 Nephrektomien eine Sterblichkeit von 30, bei 27 Nephrotomien eine solche von 45%. Die operative Behandlung der doppelseitigen Zystenniere kann nur eine palliative sein. Die Nephrektomie kommt in Frage bei Vereiterung der Zysten und anhaltender Hämaturie, wenn die andere Niere normal funktioniert und ein anderer Eingriff kontraindiziert ist. Bei nicht genügender Funktion der andern Niere ist bei Eiterung die Nephrotomie, bei dislozierter schmerzhafter Zystenniere die Nephropexie eventuell mit Enthülsung und Exzision der Zysten angezeigt, in allen andern Fällen ist die partielle Nephrektomie oder besser die Enthülsung und Zystenexzision vorzuziehen.

Veil (52) führt als differentialdiagnostische Momente für Zystennieren an: Hypertonie mittleren Grades, keine Herzhypertrophie, Konzentrationsschwäche der Nieren (Polyurie), Harn von niedrigem spezifischen Gewicht, Eiweiss in Spuren.

Dyckerhoff (12) fand bei einer 33 jährigen Gravida teils im Nierenbeckenzellgewebe, teils in den Nieren selbst an der Grenze von Rinde und Mark Zysten und zystenähnliche Spalträume, die mikroskopisch als Lymphangiektasien gedeutet und auf kongenitale Entwicklungsstörung zurückgeführt werden.

Lund (31) tritt unter Mitteilung von vier Fällen für die Rovsingsche Operation der kongenitalen Zystenniere — systematische Punktion aller Zysten bis zur Reduktion der Niere auf die normale Grösse — ein und empfiehlt sie für alle Fälle, wo die Funktion der Nieren noch nicht zu sehr erlahmt ist. Bei doppelseitiger Erkrankung ist in einer Sitzung nur eine Niere zu behandeln. Alle vier operierten Fälle erfuhren wesentliche Besserung. In der Diskussion bezeichnen Eisendrath und Bean die Rovsingsche Operation für einen Fortschritt in der Behandlung der Zystenniere; Ochsner, Chute und Mc Rae führen Kasuistik an.

Bevers (7) beschreibt einen Fall von Solitärzyste der Niere, die gestielt vom unteren Pol der linken Niere ausging und freibeweglich in der Bauchhöhle lag. Von seiten der Harnorgane waren keine Erscheinungen vorhanden, dagegen bestand seit drei Jahren Obstipation und zeitweiliges Erbrechen infolge von Abschnürung der Flexura coli sinistra durch den Stiel und Kompression des Colon descendens durch die Zyste.

Sarkissiantz (43) beschreibt einen Fall von kindskopfgrosser Solitärzyste der Niere, die bis ins Becken herabreichte und für eine Ovarialzyste gehalten wurde. Die Niere wurde, da sie ausserdem tuberkulös erkrankt war, exstirpiert. Heilung.

8. Eiterinfektionen der Niere.

1. *Albert, H., Pathology of surgical conditions of kidney. Chicago Med. Soc. Sitzg. vom 17. Dez. 1913. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 62. p. 156.
2. *Albrecht, H., Zur Therapie der Schwangerschaftspyelitis. Zeitschr. f. gyn. Urologie. Bd. 4. p. 234 und Gyn. Ges. München. Sitzg. vom 20. Nov. 1913. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 841.
3. *— Zwei Pyonephrosen mit Steinbildung. Gyn. Ges. München. Sitzg. vom 20. Nov. 1913. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 842.
4. *— Die einseitige akute infektiöse Nephritis und Perinephritis. Zeitschr. f. gyn. Urol. Bd. 4. p. 221.
5. *Austin, F. D., The dose of hexamethylenamine. New York. Med. Journ. Bd. 99. p. 663.
6. Azara, P., Totale Gangrän der Niere durch phlegmonöse Perinephritis. Gazz. degli osped. e d. clin. Bd. 35. Nr. 56.
7. Bauer, R., und R. Latzel, Arteriosklerotische Erkrankung der Niere. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. Wien. Sitzg. vom 14. Mai. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 27. p. 960. (Ausserdem im Ureterharn ein kleiner, von Streptococcus pyog. und viridans abweichender Diplococcus, der bei Kaninchen Albuminurie hervorrief.)
8. *Beer, E., Leukoplakia of the pelvis of the kidney and its diagnosis. Amer. Journ. of Med. Sciences. Bd. 147. p. 244.
9. *Biedl, A., Über Bakteriurie. Prager med. Wochenschr. Bd. 39. p. 575.
10. *Bijnen, A., Nierenbeckenkatarrh. Tijdschr. v. Geneesk. 17. Jan.

11. *Birk, Die Pyelitis bei Kindern. Zeitschr. f. gyn. Urol. Bd. 5. p. 45.
12. Blanc-Perducet, Infarctus subtotal du rein gauche par thrombose de l'artère renale. Soc. des sciences méd. de Lyon. Sitzg. vom 3. März. 1913. Lyon méd. 1913. Nr. 24. (Linke Nierenarterie im ganzen Verlauf durch ein lang verzweigtes Gerinnsel verstopft, Niere in der adhärenten, rotblauen und echymosierten Kapsel eingeschnürt, dicke gelbe Substanz mit unregelmässigen tiefroten Inseln zwischen Kortikalis und Medullaris. zwei grüngefärbte Stellen am oberen Pol.)
13. *Bloch, A., Zur sekundären Koliinfektion des Nierenbeckens. Deutsche med. Wochenschrift. Bd. 40. p. 276 und Deutsche Ges. f. Urol. IV. Kongr. Zeitschr. f. Urol. Bd. 8. 1. Beiheft. p. 398.
14. *Bornemann, W., Die sogenannten „Bakteriensteine" im Nierenbecken. Frankf. Zeitschr. f. Path. Bd. 14. p. 458.
15. *Boruttau, H., Über Vergleichung der Wirksamkeit von Verbindungen des Hexamethylentetramins. Zeitschr. f. exp. Path. u. Ther. Bd. 16. Heft 3.
16. Braasch, W. T., Infections of renal pelvis and ureter. Texas State Journ. of Med. Fort Worth. Bd. 9. Nr. 10.
17. *v. Breunig, W., Über die Burnamsche und andere Formaldehydproben im Urin und über die Abspaltung von Formaldehyd im Urin nach interner Urotropindarreichung. Zeitschr. f. Kinderheilk. Bd. 11. Heft 1.
18. Cannata, S., und G. Caronia, Sulle affezioni purulente delle vie urinarie nell' infanzia. Pediatria. Neapel. Bd. 22. Nr. 9.
19. Cheinisse, L., Pyelitis der Kinder. Sem. méd. 1913. Nr. 49. (Empfiehlt Trinkdiurese und Salol oder Urotropin.)
20. Chetwood, C. H., Pyonephrosis. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 19. Nr. 1.
21. *Chevassu, La pyélonéphrite gravidique. Encyclop. franç. d'Urol. Paris.
22. Cohn, P., Zur Behandlung der Pyelonephritis. Dermat. Zentralbl. 1913. Okt. (Rasches Verschwinden einer Pyelonephritis bei Tabes durch Einreibung von Unguentum Credé.)
22a. *Cohn, Th., Zur Diagnose und Therapie der Niereneiterungen. Deutsche Ges. f. Urol. IV. Kongr. Zeitschr. f. Urol. Bd. 8. 1. Beiheft. p. 372.
23. Copeland, G. G., Administration of urotropin in carbonic acid water. Brit. Med. Journ. Bd. 1. p. 1158. (Empfiehlt Darreichung von Urotropin in natürlichem Kohlensäurewasser in Anbetracht der besseren Löslichkeit und auch der besseren Wirksamkeit.)
24.* David, V. C., Bacteriologic study of fifty cases of non-tuberculous diseases of bladder and kidney. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 18. Nr. 4.
25. Day, H. B., und W. H. Wilson, Fall von Urämie mit ungewöhnlich starker Harnstoffretention. Brit. Med. Journ. Bd. 2. 18. Juli. (Pyonephrose mit akuter Entzündung des noch vorhandenen Nierenparenchyms; hoher Harnstoffgehalt des Blutes und der Zerebrospinalflüssigkeit. Tod an Urämie; Sektionsbefund.)
26. *Dorman, F. A., The bacillus coli infections during pregnancy and the puerperium. Med. Soc. of the County of New York. Sitzg. vom 25. Mai. Amer. Journ. of Obst. Bd. 70. p. 487.
27. *Drucker, V., Hetralin bei Infektionen des Urogenitalapparates. Zentralbl. f. d. ges. Therapie. 1913. Nr. 8.
28. *Eisendrath, D. N., Das klinische Bild der renalen Infektion. Interstate Med. Journ. Juli. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 1492.
29. Eliot, Abscess of the kidney. New York. Surg. Soc. Sitzg. vom 22. Okt. 1913. Annals of Surg. Bd. 59. p. 779. (Streptokokkenabszess der linken Niere, wahrscheinlich durch aszendierende Pyelitis; Eröffnung, Heilung.)
30. *Engelhorn, Zur Ätiologie der Pyelitis gravidarum. Bayr. Ges. f. Geb. u. Gyn. Sitzg. vom 25. Jan. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 1077.
31. *Engelmann, Ein Fall von gonorrhoischer Pyelitis. Klinische Demonstrationsabende, Dortmund. März. Med. Klinik. Bd. 10. p. 1206.
32. *Etterich, Th. J., Pyuria in infancy. Pediatrics. Bd. 25. p. 702.
33. *Fleischmann, Künstlicher Abortus bei schwerer Pyelitis. Geb.-gyn. Ges. Wien. Sitzg. vom 11. Nov. 1913. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 407.
34. Folsom, A. I., Non-tuberculous infection of kidney. Texas State Journ. of Med. Fort Worth. Bd. 9. Nr. 10.
35. *Franke, C., Die Koliinfektion des Harnapparates und deren Therapie. Ergebn. d. Chir. u. Orthop. Bd. 7.

36. *Franz, K., Über Pyelitis gravidarum. Berl. urol. Ges. Sitzg. vom 30. Juni. Zeitschrift f. Urol. Bd. 8. p. 691 u. 699.
37. *Freeman, R. G., Urinary analysis in the diagnosis and treatment of diseases of infancy and childhood. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 63. p. 1802.
38. *Fritz, M., Pyelitis chronica und ihre Behandlung. Ther. d. Gegenw. August.
39. *Furniss, H. D., The colon bacillus infections of the urinary tract in women. Amer. Journ. of Obst. Bd. 69. p. 448 u. 494 und Med. Soc. of the County of New York. Sitzg. vom 25. Mai. Ebenda Bd. 70. p. 484.
40. *Gaifami, Die Pyelonephritis in der Schwangerschaft. Riv. ospedal. 1912. Nr. 12.
41. Gautier, Le phlegmon périnéphritique comme complication des suites des couches. Thèse de Bordeaux. 1913.
42. *Gayet, Pyélonéphrite d'origine gonococcique. Soc. de Chir. de Lyon. Sitzg. vom 29. Jan. Revue de Chir. Bd. 49. p. 696.
43. Gelpke, L., Entfernung der rechten Niere wegen Pyelitis infolge Striktur des rechten Ureters. Med. Ges. Basel. Sitzg. vom 20. Nov. 1913. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 40. p. 208. (Die Striktur war wahrscheinlich durch frühere Uterusexstirpation bewirkt.)
44. *Ger, R., Ein Beitrag zur Pyelonephritis gravidarum. Inaug.-Diss. Bern 1912.
45. Gordon, D. G., Acute bacillus coli infection of urinary tract in children. Brit. Journ. of Children disease. London. Bd. 11. Nr. 126.
46. *De Gottal, Aktive Therapie der Pyelitis. Journ. de Bruxelles. Nr. 17. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 40. p. 1391.
47. Gottfried, S., Ein Fall von Nierenbeckensyphilis. Wiener med. Wochenschr. Bd. 64. p. 600. (Siehe Jahresbericht Bd. 27, p. 493.)
48. Grosz, S., Eine Reaktion auf Hexamethylentetramin. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 27. p. 755. (Entstehung eines weissen pulverigen Niederschlags bei Zusatz von gesättigter wässeriger Sublimatlösung zu dem mit 10%iger Essigsäure angesäuertem Harn.)
49. *Guzzoni degli Ancarani, Un caso di pielonefrite in gravidanza. Rendiconti di Soc. tosc. dell' ostetr. e digin. Bd. 5. p. 67. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. p. 99.
50. *v. Haberer, H., Über einen Fall schwer zu deutender Niereneiterung. Zeitschr. f. Urol. Bd. 8. p. 460.
51. Haecker, Schwere Gonokokkenpyelitis. Ärztl. Verein Essen-Ruhr. Sitzg. vom 24. März. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 51. p. 1139. (Heilung durch Nierenbeckenspülungen und zweitägiges Liegenlassen des Katheters.)
52. *Hanzlik, P. J., The liberation of formaldehyd from hexamethylenamin in pathologic fluids. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 62. p. 295 und Cleveland Med. Journ. Bd. 12. Nr. 12.
53. Hart, O. A., Genito-urinary infections, more especially those originating in the kidneys. Michigan State Med. Soc. Journ. Grand Rapids. Bd. 13. Nr. 8.
54. *Hartshorn, M. W., Bacillus coli infections in infancy and early life. Med. Soc. of the County of New York. Sitzg. vom 25. Mai. Amer. Journ. of Obst. Bd. 70. p. 483.
55. *Harttung, H., Über Harnstauung und Niereninfektion. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 51. p. 730.
56. *Hausmann, Th., Die latenten und maskierten Nierenbeckenerkrankungen. Zeitschrift f. klin. Med. Bd. 79. Heft 3/4.
57. *Hengeveld, F. M. C., Vakzinetherapie bei Kolipyelocystitis. der Kinder Inaug.-Diss. Leiden 1913.
58. Hessmann, Pyonephrose. Hufelandsche Ges. Sitzg. vom 11. Juni. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 51. p. 1477. (Röntgendemonstration.)
59. Hicks, Suppurating Hydronephrosis complicating pregnancy. Midland Obst. and Gyn. Soc. Sitzg. vom 2. Dez. 1913. Lancet. Jahrg. 92. Bd. 1. p. 31. (Ein Fall kurz mitgeteilt; in der Diskussion bezweifelt Whitehouse den Wert der Vakzinebehandlung bei Pyelitis, Martin spricht sich bei Schwangeren für Entleerung des Uterus aus, Whitehouse bezweifelt den Druck des schwangeren Uterus als Ursache, Swayne zieht in gewissen Fällen die Nephrotomie vor und Purslow nimmt in einer Reihe von Fällen aufsteigende Infektion von der Vulva aus an.)
60. *Holzbach, E., Die Dauerirrigation der Blase und des Nierenbeckens. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 1621.

61. *Hourtoule, V., Une observation de pyélonéphrite de la grossesse traitée par le cathétérisme urétéral; néphrectomie consécutive. Journ. d'Urol. Bd. 6. p. 55.
62. *Johansson, Sind bei der Pyelitis während der Schwangerschaft chirurgische oder obstetrische Eingriffe vorzuziehen? Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 232. (Ref.)
63. *Katz, Hexal. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 40. p. 1618.
64. Kaufmann, G. L., A simple method of testing for formalin after the administration of urotropin. Amer. Journ. of Obst. Bd. 69. p. 833. (Empfehlung der Burnamschen Probe mit Phenylhydrazin und Nitroprussidnatrium.)
65. Kirk, T. S., Bacteriological examination of urine. Ulster Med. Soc. Sitzg. vom 19. März. Lancet. Jahrg. 92. Bd. 1. p. 970. (Empfehlung der Autovakzinebehandlung.)
66. *Kistler, K., Über Pyelonephritis in graviditate et in puerperio. Inaug.-Diss. Basel 1913.
67. *Koll, I. S., Renal infections from bacteriologic point of view. Mississippi Valley Med. Assoc. 40. Jahresvers. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 63. p. 1786.
68. *Kowitz, H. L., Infektiöse Erkrankungen der Harnorgane im Säuglingsalter. (sog. Pyelocystitis). Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 1341 u. 1370.
69. *Krausmann, J. W., Sur la pathologie et la thérapeutique des pyélites. Revue clin. d'Urol. 1913. p. 616.
70. *Krayer, F., Über die eitrigen Erkrankungen der Harnwege im Säuglings- und Kindesalter. Ärztl. Kreisverein Mainz. Sitzg. vom 31. März. Münchn. med. Wochenschrift. Bd. 61. p. 1651.
71. Kremer, H., Cystitis und Pyelitis während der Schwangerschaft. Inaug.-Diss. München. (27 Fälle aus der Münchener Klinik.)
72. *Kretschmer, H. L., Follikuläre Pyelitis. Amer. Journ. of Urol. Bd. 10. Nr. 3.
73. Laewen, Doppelseitige Pyonephrose. Med. Ges. Leipzig. Sitzg. vom 3. Febr. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 40. p. 929. (Die eine Niere von zahlreichen Abszessen durchsetzt, die einzeln gespalten und drainiert wurden. Besserung.)
74. *Langstein, L., Erfolgreiche Vakzinationsbehandlung eines schweren Falles durch Bacterium lactis aërogenes bedingter Pyelitis. Therap. Monatsh. Nr. 1.
75. *Levings, A. H., Einseitige hämatogene Infektion der Niere. Urol. and Cut. Review. März.
76. *Lichtenstern, R., Geschlossene Pyonephrosen. Zeitschr. f. Urol. Bd. 8. p. 241.
77. Mc Guigan und C. L. v. Hess, Hexamethylenamin. Arch. of Int. Med. Chicago. Bd. 13. Nr. 6. (Die Abspaltung von Formaldehyd geht nur bei saurer Reaktion vor sich.)
78. *Manfred, F., Pyelitis chronica und ihre Behandlung. Therap. d. Gegenw. Nr. 8.
79. *Marcozzi, Sul valore dell' albumosuria in rapporto alle infezioni chirurgiche suppurative. Fol. urol. Bd. 8. Nr. 7.
80. Martin, E. H., und E. A. Purdum, Syphilis of kidneys, report of cases. Arkansas State Med. Soc. Journ. Little Rock. Bd. 11. Nr. 2.
81. *Menge, Bemerkungen zum Infektionsmodus bei der Pyelitis des Weibes. Oberrhein. Ges. f. Geb. u. Gyn. Sitzg. vom 26. Okt. 1913. Beitr. z. Geb. u. Gyn. Bd. 19. p. 307.
82. *Meyr, A., Beitrag zur Symptomatologie der Ureteropyelitis. Wiener klin. Rundschau. Bd. 28. p. 271.
82a. Michaelis, G., Serologie und Vakzinetherapie in der Urologie. Deutsche Ges. f. Urol. IV. Kongr. Zeitschr. f. Urol. Bd. 8. 1. Beiheft. p. 41. (Siehe Jahresbericht Bd. 27. p. 504.)
83. Moes, M. J., Pyelocystitis in childhood. Jowa State Med. Soc. Journ. Washington. Bd. 3. Nr. 9.
84. Munro, D., Renal case and relief of renal pain by washing ont pelvis of kidney through ureteral catheter Indian Med. Gaz. Calcutta. Bd. 48. Nr. 12. (Inzision des Nierenbeckens wegen Steinverdacht, ohne Bestätigung; Verschluss der Wunde. Wiederkehr der Koliken; bei Injektionen ins Nierenbecken entleerten sich wurmförmige käsige Massen, deren Herkunft unerklärt blieb. Tuberkel- und Kolibazillen wurden nicht gefunden. Nach drei Spülungen Verschwinden der Koliken und Genesung.)
85. *Murray, H. L., Pyelitis developing after delivery. North of England Obst. and Gyn. Soc. Sitzg. vom 16. Jan. Lancet. Jahrg. 92. Bd. 1. p. 319.
86. *— Three atypical cases of post partum pyelitis. Journ. of Obst. and Gyn. of Brit. Emp. Bd. 25. Nr. 2.

87. *Neu, Kystoskopische Demonstration eines nach der Blase durchgebrochenen paranephritischen Abszesses. Naturhist.-med. Verein Heidelberg. Sitzg. vom 23. Juni. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 1854.
88. Nitch, C. A. R., Symptoms, diagnosis and treatment of hemic infections of kidney. Practitioner. Bd. 92. Nr. 2. (Besprechung der hämatogenen Niereninfektionen mit Koli- und Typhusbazillen, Strepto- und Staphylokokken und Tuberkulose.)
89. *Patrick, A., Atypical coli-typhoid bacilli in typhoid urines. Glasgow Med.-Chir. Soc. Sitzg. vom 30. Jan. Brit. Med. Journ. Bd. 1. p. 430.
90. *Pawlow, A. N., Pyelitis gravidarum. Shurn. akusch. i shensk. bolezn. Ref. Gyn. Rundschau. Bd. 8. p. 301.
91. *Pedersen, J., Der Kolibazillus bei den Affektionen der Harn- und Genitalorgane. Amer. Assoc. of gen.-ur. Surg. 27. Jahresvers. Journ. d'Urol. Bd. 5. p. 117.
92. Pedersen, V. C., Pus in the urine. New York. Med. Journ. Bd. 98. p. 1141. (Kasuistik mit diagnostischen Bemerkungen über die Quellen des Eiters im Harn.)
93. Pennock, W. J., Chronic Pyelitis. Northwest Med. Seattle. Bd. 6. Nr. 7.
94. *Pereira, A., Klinische Studien über Pyelonephritis. Brazil Med. Rio de Janeiro. Bd. 28. Nr. 23.
95. Portner, E., Akute Pyelitis. Med. Klinik. Bd. 10. p. 70. (Allgemeine Richtpunkte.)
96. — Pyonephrose. Med. Klinik. Bd. 10. p. 164. (Allgemeine Richtpunkte.)
97. — Epinephritis, Para- und Perinephritis. Ebenda.
98. — Chronische Pyelitis und Pyelonephritis. Ebenda p. 113. (Allgemeine Richtpunkte über Symptome, Diagnose und Therapie.)
99. Reiter, H., Vakzinetherapie und Vakzinediagnostik. Stuttgart 1913. F. Enke. (Übersicht über den gegenwärtigen Stand der Frage.)
100. *Rovsing, Th., Behandlung der hämatogenen Infektionen des Harntraktus. Internat. Med. Kongr. Revue clin. d'Urol. 1913. Nov.
101. Rumpel, O., Pyonephrotischer Tumor mit vollständiger fettiger Entartung. Berl. urol. Ges. Sitzg. vom 5. Mai. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 51. p. 1136.
102. Sachs, O., Über qualitative Unterschiede des Formaldehydgehaltes im Urotropin und Hexamethylentetramin. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 27. p. 652. (Weist nach, dass das käufliche Hexamethylentetramin ungleich weniger abspaltbares Formaldehyd besitzt als das Originalpräparat Urotropin und die Kombinationspräparate Rhodaform, Hexal, Neohexal, Helmitol, Amphotropin, Vesicurin, Cystosan und Cystopurin.)
103. Schallehn, Grosse Pyonephrose mit sehr grossem Korallensteine. Wissensch. Ärzteverein Stettin. Sitzg. vom 14. Nov. 1913. Med. Klinik. Bd. 10. p. 177. (Erfolgreiche Nephrektomie trotz ganz geringer molekularer Konzentration des Harns, die auf die hochgradige Anämie bezogen wurde.)
104. *Schmitz, K., Vergleichende bakteriologische Untersuchungen zwischen Hexamethylentetramin und Rhodaform. Med. Klinik. Bd. 10. Nr. 31.
105. Schmiz, E., Vortäuschung von Eiweiss nach Hexamethylentetramin. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 40. p. 128. (Hexamethylentetramin kann bei der Esbachschen Probe eine ähnliche Fällung wie Eiweiss geben.)
106. Schneider, W., Der Nachweis von Typhusbazillen im Urin mit Hilfe des Berkefeldfilters. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 40. p. 172. (Gestattet einen früheren Nachweis als andere Methoden.)
107. *Schottmüller, Zur Frage der Nieren- und Nierenbeckeninfektion. Hamburgisch. med. Überseehefte. Bd. 1. Nr. 2 u. 3.
108. Schröder, H., Über die geschichtliche Entwicklung und den heutigen Stand der Vakzinebehandlung. Therap. Monatsh. Nr. 2. (Übersichtsartikel.)
109. Schumacher, J., Vortäuschung von Eiweiss nach Hexamethylentetramin. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 40. p. 1523. (Die von Schmiz angegebene Reaktion, die Hexamethylentetraminharne beim Erwärmen mit Kaliumpikrat geben, wird als nicht spezifisch erklärt.)
110. *Simon, L., Hämaturien nach grossen Urotropingaben. Zeitschr. f. Urol. Bd. 8. p. 253.
111. *— W. V., Paranephritischer Abszess. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 131. Heft 5/6.
112. *Simson, H. J. F., und J. M. Bernstein, Puerperale Koliinfektion und Infektionsmöglichkeit in der Schwangerschaft. Brit. Med. Journ. Bd. 1. 4. April.
113. Smith, F. H., Pyelitis in children, cause of obscure fever. Old Dominion Journ. of Med. and Surg. Richmond. Bd. 19. Nr. 3.

114. *Stiner, Pyelocystitis im Kindesalter. Korresp.-Blatt f. Schweizer Ärzte. Bd. 44. Nr. 23.
115. *Stone, W. B., Autogenous vaccines in colon bacillus infections. Albany Med. Annals. Bd. 35. Nr. 3.
116. *Strauss, A., und L. H. Levy, Clinical and bacteriologic study of Hexamethylenamin as urinary antiseptic. Arch. of internal Med. Chicago. Bd. 14. Nr. 5.
117. *Suter, Über Bakteriurie. Internat. Ges. f. Urol. III. Kongr. Zeitschr. f. Urol. Bd. 8. p. 590.
118. *Sweet und Stewart, The ascending infection of the kidney. Surg., Gyn. and Obst. April.
119. *Thomson, J., Infektion der Harnwege durch Kolibazillen bei Kindern. Monatsschrift f. Kinderheilk. Bd. 12. p. 564.
120. *Uhlirz, R., Über das Anwendungsgebiet des Hexals. Österr. Ärztezeitg. p. 142.
121. Voron, Un cas de pyélonéphrite colibacillaire à gauche dans les suites de couches. Réunion obst. et gyn. de Lyon. Sitzg. vom 1. Mai. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. p. 323.
122. *Walker, J. W. Th., Urinary antiseptics. Edinburgh Med. Journ. N. F. Bd. 12. p. 503.
123. Walther, H. W. E., Hexamethylenamin in urologic therapy. New Orleans Med. and Surg. Journ. Bd. 67. Nr. 2.
124. Weisswange, Hydronephrose und Pyonephrose. Gyn. Ges. Dresden. Sitzg. vom 29. Mai 1913. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 89. (3 Liter enthaltende Hydronephrose, für Ovarialkystom gehalten; Exstirpation, Heilung; ferner Fall von Pyonephrose durch Streptokokken, mittelst Ureterkatheterismus nachgewiesen. Exstirpation, Heilung.)
125. *Weymeersch, A., Schwangerschaftspyelonephritis durch Autovakzine geheilt. Journ. Belge de Gyn. et d'Obst. Nr. 6. p. 461. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 1152.
126. Wobus, R. E., Pyelitis complicating pregnancy. Missouri State Med. Assoc. Journ. St. Louis. Bd. 10. Nr. 11.
127. *Wodrig, H., Beitrag zur eitrigen Infektion der Harnwege im Kindesalter. Inaug.-Diss. 1913. Freiburg.
128. *Wolfsohn, G., Grundlagen und Wert der Vakzinetherapie. Mitt. aus den Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 27. Heft 1.
129. *Wood, D. A., Verhältnismässig erhöhte Temperatur des Harns bei entzündlichen Erkrankungen des Harntraktus. Brit. Med. Journ. Bd. 1. 30. Mai.
130. *Wyman, E. T., Pyelitis in infancy and childhood. Boston Med. and Surg. Journ. Bd. 170. p. 540.
131. *Zimmermann, R., Beitrag zur Ätiologie der Pyelitis gravidarum an der Hand von bakteriologischen Harnuntersuchungen. Zeitschr. f. gyn. Urol. Bd. 5. p. 56.
132. *Zinner, A., Vakzinetherapie in Fällen chronischer, nichtgonorrhoischer Infektion der Harnwege. Wiener med. Wochenschr. Bd. 64. p. 577. Deutsche Ges. f. Urol. IV. Kongr. Zeitschr. f. Urol. Bd. 8. 1. Beiheft. p. 107.

Symptome und Pathogenese.

Hausmann (56) macht auf die unter vollständig atypsichen Symptomen verlaufenden Nierenbeckenerkrankungen, die Appendizitis, Ischias, Rheumatismus, Bauchdeckenneuralgie, Ulcus, Darmkatarrh, Hysterie, Neurasthenie, Blasenkatarrh vortäuschen können, aufmerksam und rechnet hierzu vor allem die von Nephroptoe oder von Genitalerkrankungen bewirkte Harnstauung mit Dilatation des Nierenbeckens und Pyelitis. Hierbei kann der Harn klar sein oder unbedeutende Mengen von Leuko- und Erythrozyten oder veränderten Epithelien enthalten. Zur Erkennung ist die grundsätzliche Untersuchung des Sedimentes notwendig, auch bei klarem Harn und fehlendem Eiweiss. Ein gallertiges Sediment beweist eine Nierenbeckeninfektion, ebenso eine Bakteriurie, die aber latent sein kann, so dass zum Nachweis das Kulturverfahren notwendig ist. Die Dilatation des Nierenbeckens ist durch Ureterkatheterismus und Pyelographie nachweisbar. Von klinischen Symptomen weisen der lumbale Sukkusionsschmerz und der Psoasschmerz, besonders wenn sie einseitig sind, auf Nierenbeckenerkrankungen hin. Der Psoasschmerz ist bei Nieren- und Uretersteinen, Pyelitis, Nephroptose und Nierenbeckenstauung fast regelmässig zu konstatieren, selbst der Sukkussionsschmerz fehlt. Er ist — ausgenommen bei Uretersteinen auf die obere Partie

des Psoas beschränkt — im Gegensatz zu Appendizitis und gynäkologischen Affektionen. Er erklärt sich durch erhöhten Reizzustand des den Psoas bedeckenden Nervengeflechtes. Der Sukkussionsschmerz wird dadurch geprüft, dass man mit dem Kleinfingerballen der quer zur Lendengegend gerichteten Hand leichte, aber doch genügend kräftige Stösse in der Richtung von hinten aussen nach vorne innen ausführt. Einseitiger lumbaler Sukkussionsschmerz, einseitiger Psoasschmerz und irgendwelche pathologische Elemente im Harn lassen eine Affektion der oberen Harnwege mit Sicherheit annehmen.

Meyr (82) bespricht an der Hand eines Falles von tödlicher Ureteropyelitis, in dem die bei der Sektion gefundenen Veränderungen verhältnismässig gering gegen die ausserordentlich grosse Schmerzhaftigkeit (Koliken, kontinuierliche Schmerzen und hochgradige Druckschmerzhaftigkeit der Bauchhaut) waren. Die Kolikschmerzen werden auf krampfhafte Kontraktionen des Ureters, die kontinuierliche Schmerzhaftigkeit auf Spannung des Nierenbeckens durch Harnstauung und Erlahmung des Ureters, endlich die Druckschmerzhaftigkeit der Haut auf Irradiation nach den entsprechenden Hautnervengebieten zurückgeführt. Ein sicheres Unterscheidungsmittel von Steinkoliken liess sich im vorliegenden Falle nicht gewinnen, jedoch lässt sich die Ausbreitung der Druckschmerzhaftigkeit, wenn diese nicht wie in dem beschriebenen Falle zu hochgradig ist, nach dem Befallensein der Nervengebiete (Headsche Zonen) dazu benützen, um Nierenbecken und Ureter als Sitz der Erkrankung zu erkennen.

Wood (129) fand bei entzündlichen Erkrankungen des Harntraktus eine Erhöhung der Temperatur des ausfliessenden Harns (normal beträgt diese 0,4° unter der rektalen und 0,4° über der oralen Temperatur) und empfiehlt diese Bestimmung zum Nachweis solcher Erkrankungen; das Thermometer muss dicht an die Urethralöffnung gehalten werden. Möglicherweise ist diese Methode auch für die aus den Ureteren ausfliessenden Harne zur Bestimmung der erkrankten Seite zu verwenden.

David (24) fand bei nichttuberkulösen Infektionen der Niere in 20% der Fälle, wo Keime gezüchtet wurden, anaërobe Mikroorganismen und davon in vier Fällen (8%) in Reinkultur; als solche fanden sich ein sehr kleiner, nur auf Blutnährböden wachsender, gramnegativer Bazillus, ein gramnegativer pigmentproduzierender Bazillus und gleichzeitig ein bisher nicht bekannter gramnegativer Coccus, ferner Staphylococcus parvulus und grampositive Staphylokokken.

Eisendrath (28) nimmt für die Infektion den hämatogenen und den aszendierenden (urogenen und lymphatischen Weg), bei Kindern den lymphatischen Weg durch Lymphgefässverbindung zwischen Kolon und Niere an. Als häufige Komplikation wird sekundäre Steinbildung, besonders bei Harnretention im Nierenbecken genannt. Als Mischinfektion kommt Tuberkulose vor, deren Erkennung schwierig sein kann, weil in solchen Fällen Blasensymptome fehlen. Für die Diagnose ist Kystoskopie und Ureterkatheterismus besonders wichtig. Durch Nierenbeckenspülungen können hartnäckige akute und subakute Fälle rasch zur Heilung kommen. In schweren Fällen kann bei gesunder anderer Niere die Nephrektomie in Frage kommen.

Furniss (39) erklärt als Prädisposition zur Koliinfektion der Harnwege Stauungen in denselben, Herabsetzung der Vitalität der Gewebe durch Kongestion etc.; die häufigere Erkrankung der rechten Niere wird auf deren grössere Beweglichkeit zurückgeführt. Quellen der Infektion sind periphere Eiterungen, besonders aber Darmaffektionen. Der Infektionsweg ist überwiegend häufig der hämatogene, und zwar werden infizierte Thromben in den Nierengefässen als Ausgangspunkte angenommen. Staphylo- und Streptokokken bewirken viel schwerere Infektionen als Kolibazillen und verlangen häufig frühzeitige Nephrektomie. Für Pyelitis sind gewöhnliche diätetische Behandlung und Harnantiseptika genügend, eventuell sind Nierenbeckenspülungen angezeigt. Die Vakzinebehandlung eignet sich am besten bei Infektion des Nierengewebes, und zwar ist Autovakzine anzuwenden. Bei ulzerativen und Eiterungsprozessen der Nieren ist die Nephrektomie indiziert.

Cohn (22a) fand unter 109 Fällen von Harneiterungen, dass in 99 Fällen der Sitz der Eiterung in die Niere zu verlegen war, während in 58 Fällen über Blasenbeschwerden geklagt wurde und nur in 16 Fällen entzündliche Veränderungen in der Blase nachzuweisen waren. Es wird daher auf die überwiegend häufige primäre Erkrankung der Niere geschlossen und die Blasenerkrankung für sekundär erklärt. In 88 Fällen waren Kolibazillen, davon 56 mal schon im Ureterharn nachzuweisen, 6 mal Staphylococcus albus, 3 mal Staphylococcus aureus, 3 mal Streptokokken, 2 mal Bact. lactis aërogenes und in den übrigen Fällen je einmal Pseudodiphtheriebazillen, Gonokokken u. a. Alle Fälle von Blasenreizung, bei denen die Spontanentleerung der Blase eine vollständige war, heilten ohne Spülung, jedoch soll die Blase vor Eintritt des Harndranges entleert werden. Die Nierenbeckenspülungen hatten

unter 8 Fällen 7mal dauernden Erfolg; 2mal wurde die Nephrektomie, 11mal die Nephrotomie mit Enthülsung ausgeführt. Cohn zieht hieraus den Schluss, dass der Nachweis eines primären idiopathischen Blasenkatarrhs nichttuberkulösen Charakters schwer zu erbringen ist und dass die Behandlung bei negativem, kystoskopischem Befund sich auf die Nieren, und zwar am besten auf internem Wege, zu richten hat.

Levings (75) unterscheidet klinisch drei Formen von einseitiger hämatogener Infektion der Niere, als deren Ausgangspunkt er die Thrombosierung irgend einer kleinen Vene annimmt. Die erste Form tritt akut unter stürmischen toxämischen Erscheinungen auf und führt meist in wenigen Tagen, wenn nicht operiert wird, zum Tode. Bei der zweiten Form ist der Eintritt ebenso akut, aber die Erscheinungen weniger schwer, es kommt, wenn nicht operiert wird, zur Abszess- oder Pyonephrosenbildung. Die dritte Form ist gutartig und hat Ähnlichkeit mit einer subakuten Appendizitis oder Cholecystitis; sie kann mit medikamentösen Mitteln behandelt werden. Die häufigsten Infektionsträger sind Kolibazillen und Staphylokokken.

Albert (1) nimmt bei Infektionen der Niere einschliesslich Tuberkulose den Blutweg als den häufigeren an, lässt aber auch die Möglichkeit einer aszendierenden Infektion besonders auf dem Wege durch die Lymphgefässe zu.

Bijnen (11) erklärt bei Pyelitis die absteigende Infektion für die Regel. Die Behandlung besteht in Kollargolspülungen des Nierenbeckens.

Franke (35) erklärt ein Aufsteigen der Keime aus der normalen Harnröhre in die Blase nicht ohne weiteres für möglich; bei schon vorhandener Infektion der Blase ist allerdings ein Aufsteigen in Nierenbecken und Niere möglich, und zwar geschieht dies seltener auf dem Wege des Harns und der Schleimhaut als durch die Lymph- und Blutgefässe der Ureterwand. Auf dem hämatogenen und lymphogenen Weg vom Darm aus können schon bei leichten Darmstörungen, z. B. Obstipation von einigen Tagen Dauer, Bakterien aus dem Darm in die Lymph-, wahrscheinlich auch in die Blutgefässe übertreten und von da aus in die Niere ausgeschieden werden. Der direkte Weg vom Rektum in die Blase kommt nur bei Operationen in dem umgebenden Gewebe in Betracht. Als Prädisposition für die Koliinfektion werden Darmstörungen, Allgemeinerkrankungen, Harnstauungen z. B. in der Gravidität angenommen. Zur Behandlung werden Harnantiseptika, Ureterdauerkatheter und Nierenbeckenspülungen empfohlen, bei weitgehenden Veränderungen kommen Nephrotomie, Drainage des Nierenbeckens, schliesslich Nephrektomie in Frage — Operationen, die in der Gravidität der künstlichen Entleerung des Uterus vorgezogen werden. Die Prognose wird quoad vitam als günstig, dagegen in bezug auf dauerndes Verschwinden der Bakterien und Rezidive als ungünstig bezeichnet. In chronischen Fällen kann das Nierenparenchym miterkranken.

Harttung (55) führt als hauptsächlichste Ursachen der Harnstauung im Nierenbecken ausser den kongenitalen Ursachen entzündliche Prozesse in den Schleimhäuten und besonders in der Umgebung des Ureters, Abflusshindernisse in den unteren Harnwegen, Steine, Tumoren und Drüsenmetastasen in der Umgebung des Ureters, besonders Schwangerschaft an. Tierversuche mit Unterbindung des einen Ureters und nachfolgender intravenöser Injektion mit Bakterien (Kolibazillen, Staphylokokken, Pyocyaneus) ergeben, dass dabei die gestaute Niere schwere Veränderungen erzeugte, während die andere von Veränderungen frei oder fast frei blieb, so dass der Schluss gezogen wird, dass die Infektion primär aseptischer Hydronephrosen nicht auf aszendierendem, sondern auf deszendierendem (Blut- oder Lymph-) Wege erfolgt.

Koll (67) erklärt die Infektion der Nieren aus dem Darm durch die Verbindung der Lymphgefässe des Darms mit denen der Niere, aber auch auf dem Blutwege können ebenso Keime nach der Niere gebracht werden. Die Infektion auf dem Wege längs des Ureters kann extra- und intraureteral erfolgen.

In der Diskussion schreibt Rosenow die akute Pyelitis oder Pyelonephritis einer hämatogenen Infektion zu, Ries empfiehlt konservative Behandlung der Pyelitis in graviditate und B. Lewis empfiehlt Nierenbeckenspülungen. Cabot weist auf die noch nicht genügend erklärte Häufigkeit der Niereninfektionen bei Frauen hin.

Krausmann (69) erklärt die Infektion des Nierenbeckens nicht für genügend für die Entstehung einer Pyelitis und sieht die wichtigste Grundlage in dem Bestehen einer Harnretention, z. B. durch Steine, Ureterstrikturen, Tumoren, Schwangerschaft (wobei er sowohl Kompression des Ureters durch den Uterus als Schleimhautschwellung als Ursache anerkennt) etc. Von den Infektionswegen wird sowohl der auf- als der absteigende Weg als möglich anerkannt. Bezüglich der Therapie wird besonders die gute Wirkung des therapeutischen Ureterenkatheterismus bei Gono- und Kolipyelitis hervorgehoben.

Pedersen (91) erklärt die aszendierende Koliinfektion für möglich, dagegen die Infektion auf hämatogenem und lymphatischem Wege für sicher erwiesen. Die Vakzinotherapie wird für wenig erfolgreich gehalten.

Schottmüller (107) fand, dass bei Bakteriämie die Staphylokokken fast regelmässig und in grosser Zahl in den Harn übertreten (dabei kleinere und grössere Nierenabszesse und Komplikation mit paranephritischem Abszessen). Streptokokken gingen nicht so häufig über, Gasbazillen in einem Fall nach Abortausräumung. Es wird ein Übertreten in den Harn nur bei Schädigung der Nieren angenommen. Der häufigste Erreger bei Nieren-, namentlich bei Nierenbeckeninfektion, ist der Kolibazillus, jedoch wird die hämatogene Infektion bestritten und der aufsteigende und lymphogene Weg als viel wahrscheinlicher erklärt. Die Behandlung bei Kolipyelitis soll eine absolut konservative sein (Trinkdiurese), der Wert der Nierenbeckenspülungen ist fraglich.

Sweet und Stewart (118) nehmen eine aufsteigende Infektion der Niere nicht auf dem Wege durch das Ureterlumen, sondern auf dem Wege durch die netzförmig ausgebreiteten Lymphgefässe an, welche von der Blase aus längs und innerhalb der Ureterwandungen mit denen des Nierenbeckens durch Anastomosen in Verbindung stehen. Auf dem lymphatischen Wege werden auch die Infektionen der Niere nach Einpflanzung des Ureters in den Darm erklärt. Für die Fähigkeit der Lymphgefässe zur Fortleitung der Infektion nach aufwärts werden Tierversuche als beweisend mitgeteilt.

Biedl (9) führt die Bakteriurie in der Mehrzahl der Fälle auf aszendierende Infektion per urethram zurück, woraus das viel häufigere Vorkommen bei Frauen als bei Männern sich erklärt. Viel seltener ist hämatogene Infektion vom Darm aus und am seltensten aus zirkumskripten peripheren Bakterienherden.

Suter (117) unterscheidet autochthone und Ausscheidungsbakteriurien; die ersteren sind primär oder sekundär im Anschluss an einen entzündlichen Prozess der Harnwege. Aus der Bakteriurie kann sich ein entzündlicher Prozess entwickeln und zwar können dieselben Bakterien in einem Teile der Harnwege Bakteriurie, in einem anderen Entzündung bewirken. Die Infektion ist entweder eine exogene (z. B. durch Instrumente), oder eine endogene auf dem Blut- und Lymphwege. Die Bakteriurie ist entweder eine vesikale oder eine vesikale und renale. Die häufigsten Erreger sind Kolibazillen, andere Stabbakterien und Staphylokokken. Die Prognose ist quoad vitam gut, quoad sanationem dubia. Die Tuberkelbazillurie bedeutet noch nicht eine Nierentuberkulose, braucht auch nicht zu dieser zu führen.

In der Diskussion bezeichnet Biedl die aszendierende Bakteriurie als die häufigste Form, die intestinale als viel seltener, als am seltensten die hämatogene Infektion aus peripheren, zirkumskripten Bakterienherden. Freudenberg tritt für schärfere Trennung der einzelnen Arten der Bakteriurie ein. Bezüglich der Vakzinebehandlung bekennt sich Tuffier als Anhänger, besonders bei hämatogenen Formen, Cohn als Gegner.

Pyelitis im Kindesalter.

Hierüber handeln die Arbeiten von Birk (11), Hartshorn (54), Etterich (32), Freeman (37), Kowitz (68), Krayer (70), Stiner (114), Thomson (119), Wodrig (127), Wyman (130).

Pyelitis in graviditate.

Hierüber handeln Chevassu (21), Dorman (26), Kistler (66), Menge (81), Engelhorn (30), Franz (36), Pawlow (90), Simson und Bernstein (112), Weymeersch (125), Zimmermann (131), Murray (85, 86), Albrecht (2), Ger (44) Gaifami (40), Hourtoule (61), Fleischmann (33), Guzzoni degli Ancarani (49), Johansson (62), Austin (5).

Siehe Erkrankungen während der Schwangerschaft.

Harnantiseptika.

Boruttau (15) fand, dass die Verbindungen des Hexamethylentetramins mit Salizylsäure, Phthal- und Kampfersäure erhöhte Wirksamkeit als Harnantiseptika haben, die Verbindung mit Borsäure dagegen übertrifft die freie Base nicht. Die Verbindung mit Anhydromethylenzitronensäure und mit Zitronensäure ist ebenfalls von erhöhter harnantiseptischer Wirkung. Die Verbindung mit den genannten Säuren erhöht ferner die Lösungs-

fähigkeit des Harns für Harnsäure und das phenylcinchoninsaure Salz bewirkt Steigerung der Harnsäureausscheidung. Diuretisch wirken am meisten die Verbindungen mit Zitronensäure, Anhydromethylenzitronensäure, Borzitronensäure und Phthalzitronensäure.

Nach v. Breuning (17) entsteht die Formaldehydabspaltung im Harn als rein chemischer Prozess nur bei saurer Reaktion und wenn der Harn eine Zeitlang in der Blase retiniert wird.

Hanzlik (52) erklärt die Notwendigkeit der Ansäuerung des Harns mit saurem Natriumphosphat für notwendig, wenn bei vorher neutralem oder alkalischem Harn Urotropin gegeben werden soll. Mittelst der Phlorogluzinprobe ist die Formaldehydabspaltung zu kontrollieren.

Schmitz (104) fand als Vorzüge des Rhodaforms (Verbindung des Methylesters der Rhodanwasserstoffsäure mit Hexamethylentetramin) vor dem Hexamethylentetramin eine wesentlich höhere Dseinfektionswirkung, die Abspaltung von Formaldehyd nicht nur in saurem, sondern auch in alkalischem Harn, endlich die Möglichkeit einer lokalen und intravenösen Anwendung wegen der neutralen Reaktion des Mittels.

Strauss und Levy (116) fanden, dass das Hexamethylentetramin, wenn es genügend Formaldehyd im Harn abspalten soll, um bakterizid zu wirken, in so grosser Dosis gegeben werden muss, dass es zusammen mit der stark sauren Harnreaktion, bei der es nur abspaltend wirken kann, schädigend auf die Niere einwirkt. Es ist am meisten während des Typhus wirksam, um Cystitis und Pyelitis zu verhindern.

Walker (122) schreibt vor, dass man Urotropin in steigenden Dosen anwenden solle, bis eine antiseptische Wirkung erzielt oder die Grenze der Toleranz für das Mittel erreicht ist. Stets ist die Harnreaktion zu beobachten und die Azidität durch Medikamente zu steigern, bis der Punkt der Formaldehydabspaltung erreicht ist. Diuretika und diuretische Wässer sind zu vermeiden, weil sie die Abspaltung beeinträchtigen können. Während der Darreichungszeit ist mittelst der Rimini-Burnamschen Probe die Formaldehydabspaltung zu kontrollieren. Bei akuter Entzündung der Harnorgane, bei Tuberkulose und bei alkalischer Harnreaktion ist die Anwendung von Urotropin schädlich oder nutzlos.

Uhlirz (120) empfiehlt das Hexal bei harnsaurer Diathese, weil das Hexamethylentetramin mit Harnsäure ein leichter lösliches Salz bildet, ferner bei Cystitis und Harnverhaltung. Kokken und Bazillen, die vorher im Harn reichlich vorhanden waren, verschwanden nach Hexal oder wurden erheblich vermindert.

Drucker (27) rühmt bei bakteriellen Erkrankungen der Harnwege und bei Cystitis jeden Ursprungs den Gebrauch des Hetralins, dessen Wirkung auf die sehr rasch eintretende Abspaltung des Formaldehyds und auf die azidifizierende Wirkung des Resorzins zurückgeführt wird.

Katz (63) rühmt die prompte und zuverlässige Wirkung des Hexals bei Infektion des weiblichen Urogenitalapparates.

Simon (110) beobachtete nach grossen Urotropindosen (6 g pro die mehrere Tage lang) Hämaturie infolge hämorrhagischer Cystitis bei starkem Formalingeruch des Harns; es wird demnach eine Formalinschädigung als Ursache angenommen.

Lokalbehandlung.

Wossidlo (b. 105) erzielte bei Pyelitis und Pyelonephritis mit Diathermiebehandlung eine schmerzstillende Wirkung. Schädigungen wurden nicht beobachtet.

De Gottal (46) tritt für die aktive Behandlung der Pyelitis dann ein, wenn die inneren Mittel erfolglos geblieben sind. Kontraindiziert ist sie bei akuten, mit Fieber und Schmerzen verlaufenden Fällen, bei Steinen, Tuberkulose und Beteiligung des Nierenparenchyms. Wenn nicht nach einigen Sitzungen Erfolg eintritt, soll sie nicht fortgesetzt werden.

Fritz (38) empfiehlt bei akuter Pyelitis Regelung der Darmtätigkeit und Bekämpfung der Infektionsquelle, sowie Trinkdiurese und Antiseptika, bei chronischen Fällen Nierenbeckenspülungen mit Quecksilberoxyzyanat (1 : 2000.)

Holzbach (60) gibt einen Apparat zur Dauerirrigation der Blase mit Hilfe eines doppelläufigen Dauerkatheters an, bei dem eine Abkühlung der Spülflüssigkeit durch Isolierung der Spülkanne gegen Wärmeabgabe und zu rascher Abfluss der Spülflüssigkeit vermieden wird. In einer Stunde können 2—2½ Liter durch die Blase unter Dehnung ihrer Wände und Vermeidung einer Überdehnung durchfliessen. Der Katheter kann bis 14 Tage liegen bleiben und es wird zwischen Dauerirrigation und Ruhigstellung gewechselt.

Holzbach wendet die Dauerirrigation wie bei der Blase auch bei Pyelitis an, indem er einen doppelläufigen Ureterkatheter in das Nierenbecken vorschiebt und 36 Stunden liegen lässt, so dass die Spülung zweimal je 12 Stunden lang stattfindet. Er empfiehlt das Verfahren bei zögernd reagierenden Fällen von Schwangerschaftspyelitis.

Manfred (78) empfiehlt zur Nierenbeckenspülung Hg-Oxyzyanat 1 : 2000 und nach Reinspülung Kollargollösung 1 : 200, welch letztere im Nierenbecken zurückgelassen wird.

Rovsing (100) verwirft die Nephrektomie bei Koliinfektion der Niere, ausser wenn sie mit Steinbildung und Pyelonephritis oder mit Hydronephrose und Pyelonephritis kompliziert ist. Er empfiehlt bei Pyelitis täglich 1 g Phenylsalizylat und Zufuhr von 3—4 Liter Wasser und legt gleichzeitig, um zu grosse Ansammlung von Harn in der Blase zu verhindern, einen Dauerkatheter ein, der, sobald die Bazillen aus dem Harn verschwunden sind, entfernt wird, worauf er 50 g einer 1%igen Silbernitratlösung in die Blase injiziert und dort belässt, um die etwa noch vorhandenen Bazillen zu töten. In 50% der Fälle wurden auf diese Weise die Bazillen zum Verschwinden gebracht. Wenn diese Behandlung nicht zum Ziele führt, wird die Anwendung von Autovakzine empfohlen.

Vakzinebehandlung.

Hengeveld (57) beobachtete bei Autovakzinebehandlung der Kolipyelocystitis im Kindesalter in den meisten Fällen Heilung oder wenigstens Besserung. Geringe Erfolge wurden bei chronischer, fieberhafter Pyurie erzielt.

In einem von Langstein (74) beschriebenen Falle von Pyelitis durch Bacterium lactis aërogenes führten nach vorheriger längerer erfolgloser Behandlung schliesslich drei Injektionen von Autovakzine zur dauernden Heilung.

Stone (115) erzielte bei chronischen, jeder anderen Behandlung trotzenden Koliinfektionen der Harnwege durch Injektionen mit aus dem aseptisch aufgesammelten Harn hergestellter Vakzine rasche Heilung. Neun Fälle.

Wolfsohn (128) verlangt zur Vakzinebehandlung einer Koliinfektion die Verwendung einer Autovakzine.

Volk (b. 99) erklärt die Vakzinebehandlung besonders bei Staphylokokken und Koliinfektionen der Harnwege für erfolgreich, jedoch verlangt er die Anwendung einer autogenen Vakzine. Üble Nebenwirkungen sind bei vorsichtigem Vorgehen nicht zu befürchten.

Zinner (132) schreibt bei chronischer Pyelitis, Bakteriurie etc. der Vakzinetherapie allein keine klinische und bakteriologische Heilwirkung zu. Bei veralteten Fällen, bei denen jede andere Behandlung erfolglos geblieben ist, wurde durch Vakzination allein erhebliche Besserung erzielt. Die Behandlung wird durch lokale und medikamentöse Behandlung kräftig unterstützt. Von der Staphylokokkenvakzine kann man im allgemeinen grössere Dosen anwenden als bei Kolistämmen. Sehr hohe Temperatursteigerung nach der Einverleibung ist auf Überdosierung zurückzuführen und hat Verschlimmerung zur Folge. Eine Temperatursteigerung ist zur Erzielung einer Wirkung nicht notwendig. Durch Ureterkatheterismus ist stets festzustellen, ob eine renale Infektion vorliegt und in diesem Falle dürfen nur die aus dem Ureterharn gezüchteten Bakterien zur Herstellung der Vakzine verwendet werden. Vorsichtige intravenöse Injektion bringt in dringenden Fällen rascher eine Wendung im Krankheitsbild hervor und wird anstandslos ertragen. Die vorsichtige Durchführung der Vakzinebehandlung ist ungefährlich und soll bei subakuten und chronischen Infektionen der Harnwege nach sorgfältiger Lokalisation des Prozesses in Verbindung mit anderen klinischen Methoden, wenn diese allein nicht zum Erfolg führen, angewendet werden.

Andere Formen von Infektion und Entzündung des Nierenbeckens.

Bloch (13) berichtet über 63 Fälle von Pyelitis nach Gonorrhoe, darunter 44 bei Frauen. Er unterscheidet dabei eine rein pyelitische Form mit isolierter Infektion des Nierenbeckens ohne Erweiterung, eine nephrotische mit mehr oder minder starker Erweiterung des Nierenbeckens, und eine pyelonephritische mit Erkrankung des Parenchyms. Die ersten zwei Formen treten ohne besondere Beschwerden und Fieber auf und werden daher meist erst im subakuten und chronischen Stadium nachgewiesen, die letzte Form dagegen geht im akuten Stadium immer mit schweren Symptomen einher. Während für die primäre Kolipyelitis der hämatogene urogene und lymphogene Weg der Infektion möglich ist, kommt bei der sekundären fast ausschliesslich der aszendierende Weg (lymphogen oder urogen) in Betracht. Begünstigend für das Aszendieren der Kolibazillen wirken temporärer Überdruck in die Blase (häufig durch stark reizende Blasenspülungen), zeitweilige Verlangsamung des

Harnstroms durch geringgradige Abflusshindernisse im Ureter und mechanische Reizungen bei starker Hyperämie des Urogenitalsystems. Die pyelonephritische Form verlangt im akuten Stadium eine interne Behandlung (Salol, Kamphosan, Hexal, Borovertin), die beiden anderen Formen können auch im akuten Stadium lokal mittelst Ureterdauerkatheter und Spülungen mit physiologischer Kochsalzlösung, Borsäure- (3%) oder Oxyzyanatlösung (0,2‰) behandelt werden. Von der Vakzinebehandlung konnte bei chronischen Fällen kein hinfälliger Einfluss beobachtet werden. Bei rechtzeitiger Erkennung der sekundären Kolipyelitis erfolgt meistens völlige Ausheilung, die pyelonephritische Form kann in echte chronische, parenchymatöse Nephritis übergehen. In allen Fällen von gonorrhoischer Cystitis, wenn ohne subjektive Nierensymptome der Harn sich trotz geeigneter Blasenbehandlung lange Zeit nicht klären will, muss an eine Pyelitis gedacht werden.

Engelmann (31) beobachtete bei hartnäckiger gonorrhoischer Pyelitis nach Ureterkatheterismus und Höllensteinspülung des Nierenbeckens und mehreren Arthigoninjektionen auch vollständiges Verschwinden der Gonokokken aus Harn, Urethra und Cervix.

Gayet (42) beseitigte eine Gonokokkenpyelitis mit heftigen Nierenschmerzen, Hämaturie und Pyurie durch Ureterkatheterismus, Protargol- und Kollargolspülungen.

Pereira (94) fand in 50% seiner Fälle von akuter Gonorrhoe Infektion des Nierenbeckens, als deren Symptom er den paraumbilikalen Druckschmerz gegen die Spina a. s. zu, dem Musculus rectus entsprechend, angibt. Lokalbehandlung der akuten Gonorrhoe ist in solchen Fällen zu unterlassen, weil sie die Kongestion zur Niere erhöht und die Entzündung steigert. Pyelonephritis in graviditate ist wahrscheinlich häufig als Rückfall einer alten, latent gewordenen chronischen Pyelitis anzusehen. Lokalbehandlung der Pyelitis ist in akuten Fällen, Harnantiseptika in den chronischen Fällen indiziert.

Patrick (89) fand unter 17 Fällen von Typhus bei Männern sechsmal Bazillen der Kolityphoidgruppe; Kolibazillen, die bei Männern in keinem Falle gefunden wurden, waren unter typhuskranken sieben Frauen sechsmal nachzuweisen.

Kretschmer (72) fand bei einer rechtsseitigen vereiterten und exstirpierten Niere die Schleimhaut des Nierenbeckens und des Ureters mit Knötchen besetzt, die nicht exulzeriert waren.

Abszessbildung, Pyonephrose und Paranephritis.

v. Haberer (50) beobachtete einen Fall von schwerer Erkrankung der einen Niere durch in dem ganzen Organ verbreitete Abszesse. Nach der Nephrektomie traten weitere Fieberstösse ein, die auf eine eitrige Infektion auch der anderen Niere deuteten. Erst durch Autovakzinebehandlung wurden die Erscheinungen beseitigt. Die Infektion wird als eine hämatogene Infektion, und zwar von der Blase aus, aufgefasst.

Marcozzi (79) stellt fest, dass bei akuten Eiteransammlungen oder ausgedehnter eitriger Infiltration, die unter einem beträchtlichen Druck steht, die Untersuchung auf Albumosurie positiv ist, so dass hierin ein neues diagnostisches Mittel zur Beurteilung einer akuten, eitrigen, geschlossenen Infektion gegeben ist.

Albrecht (3) beobachtete zwei Fälle von Pyonephrose mit Steinbildung als Spätfolge einer vernachlässigten Schwangerschaftspyelitis.

Lichtenstern (76) beschreibt drei Fälle von nicht tuberkulösen geschlossenen Pyonephrosen und hebt die Seltenheit dieser Affektion und die Schwierigkeit der Diagnose hervor, weil Symptome von seiten des Harnapparates ganz fehlen können und vielleicht nur Fieber durch die Eiterretention vorhanden ist. Das wichtigste Symptom ist die Undurchgängigkeit des Ureters. In einem Falle war der Anfangsteil durch Narbengewebe (wahrscheinlich nach Ulzeration infolge eines Konkrementes) verschlossen, im zweiten bestand Knickung des Ureters bei Nephroptose und narbige Obliteration seiner Anfangsstelle, im dritten blieb die Ursache des Verschlusses unaufgeklärt. Die Entfernung solcher Nieren ist schwierig wegen der Verwachsungen und der Schrumpfung des Nierenstiels; sie wird am besten intrakapsulär ausgeführt. Ausserdem werden zwei Fälle von geschlossener tuberkulöser Pyonephrose mitgeteilt.

Bornemann (14) fand bei der Sektion eines siebenjährigen Mädchens, das an doppelseitiger Pyonephrose (Kolibazillen) gestorben war und Steinsymptome gezeigt hatte, in jedem der Nierenbecken einen den Ausgang verlegenden Harnstein und ausserdem zahlreiche bis walnussgrosse weiche, konzentrisch grösstenteils aus Bakterien bestehende Gebilde — Bakteriensteine. Es handelt sich wahrscheinlich primär um Fibrinsteine, die durch Vermehrung oder Einwanderung von Bakterien umgewandelt worden sind.

Albrecht (4) beobachtete fünf Fälle von einseitiger schwerer akuter, infektiöser Nephritis und Perinephritis und konnte in drei Fällen Kolibazillen und je einmal Streptokokken und Diplokokken nachweisen. Der häufige Befund von Kolibazillen berechtigt zu dem Schlusse, dass von einer bestehenden Koliinfektion des Harntraktus aus eine schwere akute Niereninfektion mit stürmischen Erscheinungen plötzlich auftreten kann. Die Symptome sind denen der schweren akuten Pyelitis ähnlich: hohes Fieber mit Frösten, Schmerzen in der kranken Seite und dysurische Beschwerden, nur sind die Erscheinungen viel stürmischer, andauernder und schwerer. Dazu kommt als charakteristisches Symptom eine intensive, reflektorische Muskelspannung von der vorderen Axillarlinie an bis in den kostovertebralen Winkel reichend und nach unten abnehmend, mit Druckempfindlichkeit gegen Berührung und Betastung, ferner im Harn die Zeichen der akuten Entzündung und Infektion, Eiweiss, Zylinder, Eiter, Bakterien und auch Blut. Die akute einseitige septische Nephritis ist eine schwere Gefahr für die andere Niere durch den Einfluss freiwerdender, toxisch wirkender Nephrolysine. Die akute infektiöse Nephritis und Perinephritis kann auch bei nicht hämatogener Koliinfektion auftreten und die nicht hämatogene, akut infektiöse Nephritis kann trotz schwerster klinischer Erscheinungen spontan ausheilen; da, wo sie nicht auf dem Boden einer Pyelocystitis entstanden ist, muss, wenn die schweren Erscheinungen nach Ureterenkatheterismus und Spülbehandlung nicht alsbald zurückgehen, die erkrankte Niere freigelegt, die Infarkte und Abszesse eröffnet und die Nephrotomie, bei schwerer Vereiterung die Nephrektomie ausgeführt werden.

Neu (87) beschreibt einen Fall von Durchbruch eines paranephritischen Abszesses längs des Harnleiters in die Blase, in die er sich lateral von der rechtsseitigen Uretermündung in Form einer im Kystoskop sichtbaren kraterartigen Einziehung durchgebohrt hatte. Der paranephritische Abszess hatte sich im Anschluss an eine Pyelitis in graviditate gebildet, die bei einer 21 jährigen Person im zweiten Schwangerschaftsmonate unter heftigen Schmerzanfällen und Schüttelfrösten eingetreten war.

Simon (111) veröffentlicht 35 Fälle von paranephritischen Abszessen, davon 14 bei Frauen. In acht Fällen waren periphere Abszesse und Panaritien, 6—7 mal direkte und indirekte Traumen als Ursachen anzusprechen. In 14 Fällen fanden sich Staphylokokken. Als Komplikationen werden Hüftkontrakturen (12 mal), Lungen- und Pleuraaffektionen (11 mal) und Nierenschädigungen (7 mal) erwähnt. Von einer Probepunktion wurde niemals ein Nachteil beobachtet. Von 30 Operierten genasen 19, 4 starben, 4 blieben ungeheilt. Von 5 tuberkuloseverdächtigen Fällen starb 1, 4 blieben ungeheilt. In einem Falle erfolgte Spontandurchbruch ins Nierenbecken und Genesung.

Beer (8) beschreibt einen Fall von Leukoplakie des Nierenbeckens, in dem weisse, paraffinähnliche, aufgerollte Membranen, die mit Kristallen (Silikaten) besetzt waren, unter Koliken ausgestossen wurden. Durch Nierenbeckenspülung wurden besonders grosse derartige Lamellen zutage gefördert. Der Harn erwies sich als frei von Tuberkelbazillen. In einem zweiten Falle fand sich in einem tuberkulösen Nierenbecken ein silberdollargrosser Fleck von Leukoplakie.

9. Nierentuberkulose.

1. Abadie, T., Nierentuberkulose. XVII. franz. Kongr. f. Urol. 1913. Zeitschr. f. Urol. Bd. 8. p. 195. (Heilung durch Nephrektomie trotz starker Lungenspitzeninfiltration.)
2. Albrecht, H., Fall von geschlossener tuberkulöser Pyonephrose. Gyn. Ges. München. Sitzg. vom 26. Febr. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. p. 627. (Tuberkulöse Schrumpfblase mit Geschwüren an der rechten Harnleitermündung und aufgehobener Sekretion rechterseits. Anfangs Besserung der Blasenerscheinungen, später Nephrektomie. Niere vollkommen käsig zerfallen mit Obliteration des Nierenbeckens und Ureterabgangs.)
3. *Alessandri, R., Può aversi la guarigione della tubercolosi renale con mantienimento della funzione? Fol. urol. Bd. 8. Nr. 5.
4. *Amento, A., Contributo sperimentale allo studio della tubercolosi renale. Giorn. d. med. milit. 31. Jan. Ref. Zentralbl. f. Chir. Bd. 41. p. 832.
5. *Bachrach, R., Nephrektomie bei bilateraler Tuberkulose. Zeitschr. f. Urol. Bd. 8. p. 98.

6. Barney, J. D., Fall von geschlossener Nierentuberkulose. Vereinig. amer. Urol. 1913. Zeitschr. f. Urol. Bd. 8. p. 265. (Niere und Ureter zeigten im Röntgenbild ein solides Gebilde.)
7. *Beer, E., Nephroureterektomie. New York Ac. of Med., gen.-ur. Sect. Sitzg. vom 18. März. New York. Med. Journ. Bd. 99. p. 1056.
8. Beuttner, Über die Diagnose der Nierentuberkulose. Gyn. Helvet. Frühlingsausgabe. (Referat.)
9. *Blum, V., Tuberkulose der Niere. Ges. d. Ärzte Wien. Sitzg. vom 29. Mai. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 27. p. 869.
10. Brandweiner, A., Lupus und Nierentuberkulose. XI. Kongr. d. Deutsch. Derm. Ges. Wien 1913. Wiener med. Wochenschr. Bd. 64. p. 86. (Spontanheilung eines Lupus an der Glans penis nach Exstirpation der tuberkulösen Niere.)
11. Breitung, Rechtsseitige Nierentuberkulose. Vogtl. med. Ges. Plauen. Sitzg. vom 18. Sept. 1913. Med. Klinik. Bd. 10. p. 997. (Nephrektomie.)
12. *Carlier, Diagnose der Nierentuberkulose. XVII. franz. Kongr. f. Urol. 1913. Zeitschr. f. Urol. Bd. 8. p. 194.
13. Castaigne, J., Spontanheilung doppelseitiger Nierenprozesse. Bull. de l'Ac. de Méd. Paris. Bd. 78. Nr. 26.
14. *Ceelen, Über tuberkulöse Schrumpfnieren. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 40. Nr. 9 und Ges. d. Charité-Ärzte. Sitzg. v. 15. Jan. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 51. p. 418.
15. *Churchman, J. W., Notes on the examination of urine for tubercle bacilli. Amer. Journ. of Med. Sciences. Bd. 148. p. 722.
16. Dobson, J. F., Nephrectomy. Leeds and West Riding Med.-Chir. Soc. Sitzg. vom 13. März. Lancet. Jahrg. 92. Bd. 1. p. 898. (Geschlossene Nierentuberkulose.)
17. Ehrenpreis, Tuberculose rénale fermée. Presse méd. Nr. 7. (Auch bei abgeschlossenen Nierentuberkulosen wird die Exstirpation dringend empfohlen.)
18. *Escat, Tuberculose rénale; cavernes à évacuation intermittente. Arch. prov. de chir. Nr. 1.
19. *— und Dor, Tuberculose rénale à forme papillaire. Soc. de Chir. de Marseille. Rev. de Chir. Bd. 49. p. 874.
20. Fáykiss, F., Durch Resektion geheilte tuberkulöse Hufeisenniere. Ärzteges. Budapest. Sitzg. vom 24. Jan. Pester med.-chir. Presse. Bd. 50. p. 151. (Resektion der linken, tuberkulös erkrankten Hälfte einer Hufeisenniere, deren Bestehen erst bei der Operation erkannt wurde. Heilung.)
21. Ferron, J., und Darget, Tuberculose rénale; exclusion totale d'un rein, néphrectomie; suture latérale de la veine cave; guérison. Soc. anat.-clin. de Bordeaux. Sitzg. vom 10. Nov. 1913. Journ. de Méd. de Bordeaux. Bd. 85. p. 100. (Inhalt aus Titel ersichtlich; an Stelle der Mündung des Ureters der erkrankten Seite ein walnussgrosses Blasendivertikel.)
22. *Fowler, Closed tuberculous pyonephrosis. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 62. p. 12.
23. Franke, F., Nierentuberkulose. Ärztl. Kreisverein Braunschweig. Sitzg. vom 14. März. Med. Klinik. Bd. 10. p. 1037. (Drei käsige Abszesse und zwei frische Tuberkel; klinisch nur zeitweilig auftretende Schmerzen. Franke ist Gegner der Tuberkulinbehandlung und der partiellen Nierenresektion und empfiehlt die Exstirpation.)
24. Furniss, H. D., Early tuberculosis of the kidney. New York Obst. Soc. Sitzg. vom 13. Jan. Amer. Journ. of Obst. Bd. 69. p. 669. (Vier tuberkulöse Herde in der Niere, Ulzeration an der Spitze der oberen Papille. Nephrektomie, Heilung.)
25. *Gautier, E., De la recherche des bacilles de Koch dans les urines. Journ. d'Urol. Bd. 5. p. 161.
26. *Gayet, M., Action de la néphrotomie dans la tuberculose rénale. Soc. nat. de méd. de Lyon. Sitzg. vom 5. Jan. Lyon méd. Nr. 4 und Revue prat. des org. gén.-ur. Nr. 63. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 1244.
27. — Pyonéphrose tuberculeuse; néphrectomie. Soc. des Sc. méd. de Lyon. Sitzg. vom 27. Nov. 1913. Revue de Chir. Bd. 49. p. 210. (Totale Degeneration der Niere.)
28. *Gutzeit, R., Zur Heilung vorgeschrittener Urogenitaltuberkulose auf chirurgischem Wege. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 40. Nr. 20.
29. *Hammesfahr, Bipolare Sonde zur Zerstörung des tuberkulösen Ureters. Berl. urol. Ges. Sitzg. vom 3. Febr. Zeitschr. f. Urol. Bd. 8. p. 341.

30. *Heitz-Boyer, M., Exclusion partielle dans un rein tuberculeux avec urines claires. Journ. d'Urol. Bd. 5. p. 297.
31. *Hetzer, M., Sind im Urin bei Nierentuberkulose tuberkulöse Gifte vorhanden und kann der Nachweis derselben durch Komplementbindung für die Diagnose verwendet werden? Med. Klinik. Bd. 10. p. 1147.
32. Hogge, Wert der Radiographie für die Diagnose der Nierentuberkulose. Annales d. l. Soc. méd.-chir. de Liège. Bd. 53. Nr. 3.
33. *Howell, J., Die Tuberkulose des Urogenitaltraktes. Lancet. 1913. August.
34. *v. Jagic, N., Orthostatisch-lordotische Albuminurie und Tuberkulose. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 26. Nr. 39.
35. *Jaschke, R. Th., Zur Diagnose und Therapie der Nierentuberkulose bei Frauen. Zeitschr. f. gyn. Urol. Bd. 5. p. 30 und Mittelrhein. Ges. f. Geb. u. Gyn. Sitzg. vom 3. Mai. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. p. 149.
36. Jenkinson, E. A., Unilateral tuberculosis of kidney. Jowa State Med. Soc. Journ. Washington. Bd. 3. Nr. 12.
37. *Karewski, Erfahrungen über die Behandlung der chirurgischen Tuberkulose mit F. F. Friedmanns Heil- und Schutzmittel. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 51. p. 1034 u. 1055.
38. Karo, W., Nierenkrankheiten und Tuberkulose. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 51. p. 551. (Bespricht den Zusammenhang von Nierentuberkulose, Amyloidniere, chronischer Nephritis und miliarer Nierentuberkulose mit der Tuberkuloseinfektion.)
39. *Keyes, E. L., Apparent cures of renal tuberculosis. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 18. Nr. 2.
40. *Kidd, F., Zwei neue Gesichtspunkte in der Frage der Nephrektomie wegen Nierentuberkulose. Zeitschr. f. Urol. Bd. 8. p. 446.
41. *Kreisel, F., Renal tuberculosis, its diagnostic difficulties and surgical problems. Kentucky State Med. Assoc. 64. Jahresvers. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 63. p. 1416.
42. *Krotoszyner, M., Differential diagnosis of nephrolithiasis and renal tuberculosis by Roentgenography. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 63. p. 2006.
43. — Early diagnosis of renal tuberculosis by general practitioner. California State Journ. of Med. San Francisco. Bd. 12. Nr. 5.
44. *Ledergerber, J., und J. Baur, Beitrag zur Untersuchung von tuberkulösem Urin. Schweizer Korrespondenzbl. Nr. 5.
45. *Legueu, F., Diagnose der Nierentuberkulose. XVII. franz. Kongr. f. Urol. 1913. Zeitschr. f. Urol. Bd. 8. p. 195.
46. *Lévy-Weissmann, M., Sur le reflux des urines par l'uretère après la néphrectomie à propos d'un cas nouveau. Journ. d'Urol. Bd. 5. p. 453.
47. Lucksch, F., Chronische Tuberkulose der Nieren und der Harnblase. Verein deutscher Ärzte Prag. Sitzg. vom 27. März. Prager med. Wochenschr. Bd. 39. p. 400. (Fehlen der linken Niere und des Ureters bei Uterus unicornis dexter und rudimentäre Bildung der linksseitigen Adnexe; vorgeschrittene Tuberkulose der rechten Niere, des Ureters und der Harnblase; Sektionsbefund.)
48. Mac Klem, G. E., Tuberculosis of kidney, with special reference to its diagnosis. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 19. Nr. 2.
49. *Majeran, M., Über die Verbreitung der Tuberkulose im uropoetischen System. Wiener klin. Rundschau. Bd. 28. p. 39.
50. *Marogna, P., La tubercolosi renale. Siena, S. Bernardino.
51. *Mevissen, W., Über Nierentuberkulose. Inaug.-Diss. Kiel 1913.
51a. Meyer, N., Über die Anwendung biologischer Prüfungen zum frühzeitigen Tuberkelbazillennachweis im Tierversuch. Deutsche Ges. f. Urologie. IV. Kongr. Zeitschr. f. Urol. Bd. 8. 1. Beih. p. 378. (s. Jahresber. Bd. 27. p. 516).
52. *Morris, R. T., Wie oft heilt die Nierentuberkulose spontan? Urol. and Cut. Rev. Bd. 17. p. 467.
53. *Necker, Fall von Nierentuberkulose. Ges. d. Ärzte Wien. Sitzg. vom 13. Febr. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 27. p. 161.
54. Oraison, Tuberculose rénale. Soc. de Méd. et de Chir. de Bordeaux. Sitzg. vom 22. Mai. Journ. de Méd. de Bordeaux. Bd. 85. p. 578. (Fast völlig zerstörte Niere mit Kavernen, dennoch negativer Tierversuch; Diagnose auf Grund von Pyurie, Pollakiurie, Erkrankung des Ureters; Nephrektomie.)

55. *Pasteau, O., Le reflux urétéral acquis. Journ. d'Urol. Bd. 6. p. 17.
56. *Peacock, A. H., Twenty cases of renal tuberculosis. Northwest Med. Seattle. Bd. 6. Nr. 7.
57. Perrier, C., Nierentuberkulose unter der Form von Nierensteinen verlaufend. Rev. méd. d. l. Suisse Rom. Bd. 33. Nr. 11.
58. *Pillet, M., Tuberculose rénale à forme anormale. Journ. d'Urol. Bd. 5. p. 595.
59. Polland, Fall von Ulcus rodens in einem alten Lupusherd an der Niere. Ärzteverein Steiermark. Sitzg. vom 5. Dez. 1913. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 27. p. 1131. (Demonstration.)
60. Portner, E., Tuberkulose der Niere. Med. Klinik. Bd. 10. p. 553. (Kurze diagnostische und therapeutische Richtpunkte.)
61. Prigl, H., und van Bisdom, Anuria post nephrectomiam. Wiener med. Wochenschr. Bd. 64. p. 602. (Fall von Anurie, die fünf Tage nach Exstirpation der tuberkulösen linken Niere durch einen den Ureter der ebenfalls erkrankten rechten Niere verschliessenden Fibrinpfropf eintrat, ferner Fall von Anurie durch Steinverschluss des Ureters vier Wochen nach Exstirpation der anderen vereiterten Steinniere.)
62. De Quervain, F., Du traitement actuel de la tuberculose génito-urinaire. Sem. méd. Nr. 4. (Kurze Übersicht; bei einseitiger Nierentuberkulose stets Exstirpation, bei doppelseitiger konservative Behandlung ausser in Ausnahmefällen.)
63. *Rafin, Tuberculose du rein droit, mauvaise constante, néphrectomie, guérison. Journ. d'Urol. Bd. 6. p. 51.
64. *Renton, J. M., Some observations on tuberculosis of the kidney. Brit. Med. Journ. Bd. 1. p. 811.
65. *Renton, M., Tuberculosis of the kidney. Glasgow. Med.-Chir. Soc. Sitzg. vom 6. März. Brit. Med. Journ. Bd. 1. p. 654.
66. Robinson, J. E., Significance of acid-fast bacilli in urine. Texas State Journ. of Med. Fort Worth. Bd. 10. Nr. 6.
67. Schönberg, S., Über tuberkulöse Schrumpfnieren. Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 78. Heft 5/6. (Drei Fälle von Schrumpfniere mit tuberkulösen Infarkten, die als Ursache der Nierenschrumpfung aufgefasst werden.)
68. *Schwarzwald, R. Th., Nephrektomie bei Nierentuberkulose. Ges. d. Ärzte Wien. Sitzg. vom 8. Mai. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 27. p. 684.
69. Simpson, J. K., Renal tuberculosis. Florida Med. Assoc. Journ. Jacksonville. Bd. 1. Nr. 5.
70. Tabakian, Valeur actuelle de la thérapie specifique dans la tuberculose rénale. Ref. Journ. de Méd. de Bordeaux. Bd. 85. p. 147 u. 319. (Angebliche Heilungen nach Injektion von Spengelschem Serum.)
71. *Taddei, D., Contributo allo studio delle nefriti croniche dolorose unilaterali. Fol. urol. Bd. 8. Heft 1 und Soc. d. Sc. med. e nat. di Cagliari. Sitzg. vom 30 April. 1913, Zeitschr. f. Urol. Bd. 8. p. 197.
72. *Thelen, Nierentuberkulose. Allg. ärztl. Verein Köln. Sitzg. vom 9. Febr. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 564.
73. Thévenot, Un cas de rein en fer à cheval tuberculeux. Soc. de Chir. de Lyon. Sitzg. vom 8. Jan. Revue de Chir. Bd. 49. p. 526. (Beiderseitige Tuberkulose. Sektionsbefund.)
74. *Uchimura, M., Tuberkulöse Erkrankung der Harn- und Genitalorgane am Sektionstisch. Sei-I-Kwai Med. Journ. Tokyo. Bd. 33. Nr. 5. Ref. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 62. p. 2051.
75. *Vandeputte, Zum Studium der medizinischen Behandlung der Tuberkulose der Harnwege. Revue prat. des mal. des org. gén.-ur. Bd. 11. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 830.
76. *Viannay, Ch., Un cas de néphrectomie pour tuberculose rénale après cathétérisme des uretères à vessie ouverte. Revue prat. des mal. des org. gén.-ur. 1913. Nov.
77. *Walsh, F. C., Renal tuberculosis. Texas State Journ. of Med. Fort Worth. Bd. 9. Nr. 10.
78. *Wegelin und Wildbolz, Anatomische Untersuchungen von Frühstadien der chronischen Nierentuberkulose. Zeitschr. f. urol. Chir. Bd. 2. p. 201.
79. Whiteside, G. S., Diagnosis in early stages of urinary tuberculosis. Northwest. Med. Seattle. Bd. 6. Nr. 10.
80. Young, H. H., Nierentuberkulose mit Uretererweiterung. Vereinig. amer. Urol. 1913. Zeitschr. f. Urol. Bd. 8. p. 265.

Amento (4) vermochte durch Injektion von Tuberkelbazillen in den Ureter, wenn vorher durch Achsendrehung des Harnleiters eine Harnstauung bewirkt worden war, eine aszendierende Nierentuberkulose zu bewirken und schliesst daher auf die Möglichkeit einer aszendierenden Infektion.

Wegelin und Wildbolz (78) fanden, dass die primäre Lokalisation der chronischen Nierentuberkulose immer in den Markpyramiden gelegen ist, und zwar werden zuerst die Papillen, aber nicht an ihren Spitzen, sondern an ihren seitlichen Flächen betroffen. Die Weiterverbreitung erfolgt von hier aus hauptsächlich auf die Lymphwege tiefer in die Niere gegen die Rinde zu. Die primäre Infektion der Niere erfolgt durch auf dem Blutwege in die Niere gelangte Tuberkelbazillen, die durch die Harnkanälchen ausgeschieden werden, in die Kelche gelangen und hier in den Seitentaschen abgelagert werden, wo sie die seitlichen Papillenoberflächen und die Calixwände infizieren.

Uchimura (74) fand unter 1820 Sektionen 629 Fälle von Tuberkulose, und zwar 210 an den Harn- und Genitalorganen. Von den Harnorganen sind der Reihe nach am häufigsten befallen: Nieren (181 Fälle), Blase, Ureter, Nierenbecken, Urethra. Unter 43 Fällen von Blasentuberkulose war nur viermal, bei Uretertuberkulose unter 35 Fällen nur einmal die Niere nicht erkrankt. Der Nachweis der Ureterverdickung wird als wertvolles Symptom der Nierentuberkulose erklärt.

Majeran (49) zieht aus vier pathologisch-anatomisch genau untersuchten Fällen den Schluss, dass die Tuberkelinfektion der Niere auf dem Blutwege erfolgt und dass die Infektion der Harnwege eine deszendierende ist. Es wird aber auch der aszendierende Infektionsweg für möglich gehalten.

Howell (33) erklärt die Tuberkulose des Urogenitaltraktus in den allermeisten Fällen als sekundäre, indem die primäre Infektion der Lungen oder anderer innerer Organe durch die Symptome der Harntuberkulose verdeckt wird. Sehr häufig ist die Tuberkulose des Harntraktes mit der Invasion anderer pyogener Keime vergesellschaftet.

Marogna (50) erklärt für die Nierentuberkulose den hämatogenen Infektionsweg für den häufigsten, dagegen den aszendierenden für möglich, wenn auch für sehr selten, ebenso die Infektion per contiguitatem. Der lymphogene Infektionsweg wird nicht anerkannt. Eine tuberkulöse Bazillurie kann bei Lungentuberkulose vorhanden sein, ohne dass die Harnwege erkrankt sind. Die Nierentuberkulose erfordert unbedingt die Exstirpation der Niere.

Ceelen (14) unterscheidet zwei Formen der Nierentuberkulose, eine deszendierende (bei akuter miliarer und in 50% bei chronischer Lungentuberkulose sich findend) mit Tuberkelbildung in den feineren Ästen der Vasa interlobularia oder in der Wand der grösseren Gefässe, die zu Peri- oder Endarteriotuberkulose und zu lokalisierter miliarer Tuberkulose oder zur Bildung keilförmiger Schrumpfherde oder anämisch-nekrotischer Infarkte führen — und eine aszendierende, die an den Nierenkelchen beginnt und mit Neigung zu Verkäsung zu Schrumpfung und oft hochgradiger Verkleinerung der Niere oder zu Obliteration des Ureters und Nierenbeckens führt.

Escat und Dor (19) deuten die Tuberkulose der Ureterpapillen an der Hand eines Falles als Folgen der Ansiedelung der durch die Niere ausgeschiedenen Papillen im unteren Abschnitt des Ureters, wo sie eine stenosierende Ureteritis und von hier aus Stauung des Harns und auf aszendierendem Wege die Erkrankung des Nierenbeckens bewirken.

Peacock (56) fand, dass in 60% der Fälle bei Nierentuberkulose Tuberkelbazillen im beiderseitigen Harn zu finden waren. In 65% konnten andere tuberkulöse Herde im Körper nachgewiesen werden.

Hetzer (31) fand, dass die Angabe von Heitz-Boyer, im Harn bei Nierentuberkulose fänden sich tuberkulöse Gifte, die durch Komplementbindung nachgewiesen und zur Diagnose der Nierentuberkulose, besonders in zweifelhaften Fällen verwendet werden könnten, nicht zutreffe, und dass auch bei anderen Erkrankungen (Nephritis, Lues, Diabetes) die Reaktion positiv ausfallen könne, während andererseits bei sicher vorhandener Nierentuberkulose die Reaktion häufig negativ bleibt.

Renton (64, 65) bezeichnet als häufigstes Frühsymptom der Nierentuberkulose die Pollakiurie mit Pyurie und Schmerzen bei, vor und nach der Miktion, endlich Hämaturie-Symptome, welche lang bestehen bleiben können ohne Empfindlichkeit oder Schmerzen in der Nierengegend und trotz weitgehender Zerstörung der Niere. Tuberkulöse Veränderungen an der Uretermündung beweisen nicht notwendig die Erkrankung der zugehörigen Niere, wie zwei mitgeteilte Fälle beweisen. Die Nierentuberkulose kann durch gleichzeitige Koliinfektion verdeckt sein. In einem Falle erwies sich die Tuberkulinbehandlung als erfolgreich.

Necker (53) beschreibt einen Frühfall von Nierentuberkulose, in welchem trotz positiven Tierversuchs sieben Jahre lang der Harn ohne Eiter und Eiweiss blieb bei un-

gestörter Funktion beider Nieren. Erst nach sieben Jahren traten im rechtsseitigen Ureterharn Bazillen und Leukozyten auf. Vier Jahre lang wurde mit Tuberkulin behandelt, dem aber eine Wirkung nicht zugeschrieben wird. Die Nephrektomie ist bei Abwesenheit von Blut, Eiter, Leukozyten und Eiweiss und bei guter Nierenfunktion kontraindiziert.

Newman (c. 7. 6) führt als Frühsymptome der Nierentuberkulose auf: Polyurie und Pollakiurie, andauernde leichte Pyurie und Albuminurie bei saurem Harn und ohne Zylinder, gelegentliche Hämaturie mit kommaförmigen Blutfasern im Harn, endlich ganz besonders Remission dieser Symptome in längeren oder kürzeren Zwischenräumen. Die Veränderungen am Ureterostium können im Anfangsstadium sehr geringfügig sein und es ist daher auf Verziehungen, Verdickungen und Verkürzungen einer oder beider Lippen und andere Deformitäten zu achten.

Jaschke (35) erwähnt als eines der frühesten Symptome der Nierentuberkulose eine Irritabilität der Blase und betont überhaupt im Laufe der Erkrankung das Überwiegen der Blasenerscheinungen. Die Therapie kann nur eine radikale sein und besteht in der extraperitonealen lumbalen Nephrektomie, wobei der Ureter soweit mit zu entfernen ist, als es ohne zu weite Ausdehnung der Wunde und ohne zu grosse Gefahr gelingt. Kontraindikationen sind Doppelseitigkeit der Erkrankung, ausgedehnte Lungen- und multiple Knochen- und Gelenkprozesse, Peritonitis und Niereninsuffizienz. Tuberkulin- und hygienisch-diätetische Kuren kommen nur für die Nachbehandlung oder, wenn die Operation kontraindiziert ist, in Betracht.

In der Diskussion beschuldigt Krönig die sekundäre hartnäckige Blasentuberkulose als Ursache der Verschlechterung des Operationserfolgs (20% Mortalität). Oppenheimer empfiehlt zur Diagnose den Tierimpfversuch, ebenso Esch, der bei Schwangeren bei Verschlimmerung des Zustandes zur Unterbrechung der Schwangerschaft rät. Oppenheimer rät in der Frage der Verehelichung nach Nephrektomie wegen Nierentuberkulose zur Zurückhaltung. Esch betont die Möglichkeit des hartnäckigen Fortbestehens der Blasentuberkulose auch nach der Nephrektomie und rät bei Schwangerschaft, diese zu unterbrechen, sobald sich erhebliche Störungen im Allgemeinbefinden, z. B. Gewichtsverlust, einstellen.

Taddei (71) ist geneigt, die einseitige chronische schmerzhafte Nephritis auf Tuberkulose zurückzuführen, was er durch Vererbung, positive Kutisreaktion, Nachweis von säurefesten Bazillen im Harn und Fieber stützt, wenn er auch zugibt, dass es Fälle ohne Bazillen und ohne Riesenzellen gibt. Als Behandlung der sicher einseitigen Formen wird demgemäss die Nephrektomie in erster Linie empfohlen, Nephrotomie und Dekapsulation bleiben gewöhnlich erfolglos.

Walsh (77) erklärt alle Fälle von Cystitis aus unaufgeklärter Ursache für verdächtig auf Nierentuberkulose und tritt für möglichst frühzeitige Operation ein.

Viannay (76) tritt bei Unmöglichkeit des Harnleiterkatheterismus mittelst Kystoskops unter Verwerfung der zu unsicheren und gefährlichen lumbalen Freilegung beider Nieren und der ebenfalls nicht unbedenklichen Ureterostomie für den Ureterkatheterismus nach Eröffnung der Blase ein.

Carlier (12) empfiehlt dagegen bei Unmöglichkeit des Ureterkatheterismus bei Nierentuberkulose die beiderseitige lumbale Freilegung der Nieren.

Kidd (40) tritt bei Unmöglichkeit der Kystoskopie und des Ureterenkatheterismus für die operative Freilegung eines oder beider Ureteren im Beckenabschnitt und deren direkte Untersuchung ein, welche den Zustand des Ureters und der zugehörigen Niere erkennen lässt. Um eine Heilung per primam nach Exstirpation einer tuberkulösen Niere zu erreichen, ist die Entfernung der vollständigen Niere mit dem perirenalen Fettgewebe und der Faszie notwendig.

Legueu (45) spricht sich gegen den Ureterenkatheterismus nach Eröffnung der Blase aus, weil durch die Anaesthetica die Konzentration des Harns beeinflusst wird. Zur Indikationsstellung wird die Ambardsche Konstante, eventuell zusammen mit der lumbalen Freilegung empfohlen.

v. Jagic (34) wirft nach Mitteilung eines Falles von orthostatisch-lordotischer Albuminurie mit Miliartuberkeln in der Niere die Frage auf, ob nicht unter Kombination der künstlichen Lordose mit dem Ureterkatheterismus nachgewiesene einseitige Albuminurie für die Diagnose der einseitigen Nierentuberkulose verwertet werden könnte.

Keyes (39) führt die Beschwerden bei Nierentuberkulose zum Teil auf perinephritische Prozesse, zum grösseren Teil aber auf die Veränderungen an Nierenbecken, Ureter und Blase zurück; durch Erlöschen der Nierenfunktion können diese Beschwerden plötzlich verschwinden, so dass scheinbar eine Heilung eintritt. Die Gefahr der Rezidiven erfordert jedoch stets die Exstirpation.

Krotoszyner (42) betont die Schwierigkeit der Unterscheidung von Nierentuberkulose und Nierensteinen, besonders deren Unmöglichkeit bei Kalkablagerungen in tuberkulösen Herden. Jedenfalls muss bei ein oder mehreren Schatten in der Niere die Möglichkeit einer Nierentuberkulose berücksichtigt worden. In der Diagnose spricht sich Spitzer für die von Krotoszyner bei Tuberkulose für gefährlich erklärte Pyelographie aus.

Pillet (58) beschreibt einen Fall von Nierentuberkulose, in welchem die Pyurie und die Verkalkung mehrerer Tuberkelknoten Pyelitis und Steinbildung annehmen liess. Die Diagnose wurde schliesslich durch Tierimpfung gestellt. Nephrektomie, Heilung.

Ledergerber und Baur (44) schlagen zur Untersuchung tuberkulösen Harns vor, den Harn nach Versetzung mit Ammoniak absitzen zu lassen und den Bodensatz nach einer Stunde zu zentrifugieren, das Sediment mit Essigsäure zu versetzen und mit Chloroform auszuschütteln, dann Ausstreichen und Färben des neuen Sediments.

Gautier (25) gelang es, nach genügend langer Zentrifugierung des Harns mittelst nach Ziehl-Nielsen in 80% aller Fälle von Nierentuberkulose die Tuberkelbazillen im Harn nachzuweisen.

Churchman (15) macht darauf aufmerksam, dass bei einem im Blasenscheitel sitzenden tuberkulösen Geschwür der Harn keine oder nur sehr wenig Bazillen enthält, weil er mit dem Geschwür nicht in Berührung kommt; in solchen Fällen sollen die Bazillen in der Spülflüssigkeit gesucht werden.

Thelen (72) betont, dass die geschlossene tuberkulöse Pyonephrose nur durch Uretersondierung und Chromokystoskopie festzustellen ist. Er spricht sich für möglichst frühzeitige Operation aus.

Escat (18) beschreibt zwei Fälle von intermittierender Ausscheidung aus tuberkulösen Kavernen der Niere, in einem Falle mit 10tägigen Pausen, in denen der Harn keinen Eiter enthielt.

Heitz-Boyer (30) beschreibt einen Fall von partieller Exklusion einer Nierentuberkulose, d. h. Abschluss eines tuberkulösen Nierensegmentes ohne vorläufige Erkrankung der übrigen Nierenteile. Durch Harnleiterkatheterismus, funktionelle Untersuchung, Tierimpfung und Radiographie konnte die Diagnose gestellt werden.

Fowler (22) beschreibt einen Fall von Spontanokklusion einer tuberkulösen Niere, so dass 12 Jahre lang der Harn klar blieb. Schliesslich kam es zur Perforation des Abszesses durch das Zwerchfell in die Pleura, Entstehung einer Darmfistel und Kotdurchbruch in die Wundhöhle, ohne dass eine Verletzung von Peritoneum oder Darm erfolgt war. Exitus.

Blum (9) beschreibt drei Fälle von geschlossener tuberkulöser Pyonephrose der einen Seite und Blasentuberkulose und aufsteigender sekundärer Ureteritis und Pyelitis durch Eitererreger auf der anderen Seite. Die Kollargolfüllung der einer Kystoskopie unzugänglichen Blase ergibt als neues Symptom, dass die mit Kollargol sich füllende Niere der nicht tuberkulösen Seite entspricht und eine aszendierende sekundäre Ureteropyelitis dieser Seite beweist.

Kreissl (41) beobachtete in einzelnen Fällen nach der Nephrektomie das vollständige Verschwinden von Tuberkelbazillen aus dem Harn; ausgedehnte Veränderungen der Blase heilten häufig spontan nach der Operation. Sehr ausgedehnte Tuberkulose der Blase spricht für doppelseitige Erkrankung, kontraindiziert aber die Operation nicht; bei konservativer Behandlung (Nephrotomie, Ureterostomie) kann eine schwere Cystitis palliativ beeinflusst werden. In der Diskussion spricht sich Abell für die Belassung des Ureters bei der Nephrektomie aus.

Schwarzwald (68) sieht bei Nephrektomie wegen Nierentuberkulose in dem kompletten Wundverschluss ohne jegliche Drainage eine wesentliche Abkürzung der Heilungsdauer. Die Methode eignet sich nur für Fälle mit gar nicht oder nur wenig verändertem Ureter.

Mevissen (51) teilt die Spätresultate nach Nephrektomie bei Nierentuberkulose mit. Von 11 Operierten, die kontrolliert werden konnten, waren neun gesund geblieben (vier seit drei und fünf seit 6—9 Jahren), einer erkrankte an Nieren- und Lungentuberkulose und einer war am vierten Tage nach der Operation an paralytischem Ileus gestorben. Zwei an Frühtuberkulose Operierte waren seit fünf bzw. neun Jahren gesund geblieben. Von sechs Fällen von kombinierter Nierentuberkulose waren fünf nephrektomiert, einer inzidiert (Tod an Lungenödem und Herzschwäche) worden. Von ersteren blieb einer geheilt (die begleitende Lungentuberkulose war nach zwei Jahren nicht mehr nachweisbar), die übrigen erkrankten an Nieren- oder Lungen- oder Darmtuberkulose.

Bachrach (5) empfiehlt bei Verdacht auf beiderseitige Nierentuberkulose und Unmöglichkeit der Kystoskopie die operative Freilegung beider Nieren und ausserdem zur

Feststellung der Funktion die Kryoskopie des Blutes. Er erklärt bei doppelseitiger Erkrankung die Nephrektomie für angezeigt, wenn durch Mischinfektion in der schwerer erkrankten Niere Fieber hervorgerufen wird, wenn Abgang grosser Eitermengen die Blase in hohem Grade reizt, endlich wenn die primär erkrankte Niere hochgradig zerstört und funktionsunfähig ist. Fünf erfolgreich operierte Fälle werden mitgeteilt.

Rafin (63) führte in einem Falle von Nierentuberkulose trotz sehr ungünstiger Ambardscher Konstante die Nephrektomie mit glücklichem Ausgang aus.

Hochenegg (siehe Pleschner c. 4. 20) empfiehlt bei der Nephrektomie wegen Nierentuberkulose die Versorgung des Ureterstumpfes mit konzentrierter Karbolsäure, welches Verfahren die Heilungsdauer um 10—14 Tage abkürzt.

Hammesfahr (29) empfiehlt die Behandlung des tuberkulösen Ureters nach der Nephrektomie mit Hochfrequenzströmen und gibt hierzu eine bipolare Elektrode an.

Lévy-Weissmann (46) beschreibt einen Fall, in welchem sich nach Exstirpation einer tuberkulösen Pyonephrose der gesamte Harn infolge von Reflux durch den nicht obliterierten Harnleiter aus der Operationswunde entleerte. Dieser Rückfluss wird auf Erweiterung des Harnleiters und heftige Kontraktionen der tuberkulösen Blase zurückgeführt. Bei subkapsulärer Nephrektomie ohne getrennte Harnleiterunterbindung tritt ein solcher Rückfluss sofort nach der Operation auf, bei Nephrektomie mit Ureterunterbindung erst später nach Abfall der Ureterligatur. Die Heilung tritt meist spontan ein.

Pasteau (55) konnte in einem Falle von rechtsseitiger Nierentuberkulose mit weit geöffneter nicht ödematöser linksseitiger Uretermündung vor der Operation auf kystoskopischem Wege deutlich einen Rückfluss des Blaseninhalts in den Ureter beobachten, und zwar im Intervall der ureteralen Ejakulationen. Nach Kollargolfüllung konnte der Rückfluss auch röntgenographisch nachgewiesen werden. Drei Wochen nach der Operation war die Uretermündung geschlossen und ein Rückfluss fand nicht mehr statt. Der Rückfluss kann entweder durch Ureteritis mit Sklerose und ulzerativer Zerstörung der Wand oder bei Cystitis mit sehr intensiven Blasenkontraktionen bewirkt sein.

Vandeputte (75) empfiehlt als wertvolles Unterstützungsmittel der chirurgischen Behandlung der Nierentuberkulose besonders da, wo die Nephrektomie nicht möglich ist, (doppelseitige Erkrankung, Rezidive nach Nephrektomie etc.) die innere und lokale Behandlung mit Paratoxin (Petroleumextrakt der Lipoide der Galle), das auf den Organismus viel weniger eingreifend einwirkt als Tuberkulin. Das Mittel wird intramuskulär (2 ccm) oder in die Blase (10 ccm) injiziert.

Morris (52) will aus Experimenten an Kaninchen, denen er durch Tuberkelbazilleninjektion künstliche Nierentuberkulose erzeugt hatte und die nach einiger Zeit Ausheilung zeigten, den Schluss ziehen, dass die Nierentuberkulose spontan ausheilen könne.

Gutzeit (28) erklärt eine Ausheilung der Nierentuberkulose durch rein konservative Behandlung für ebenso selten wie eine Spontanheilung im anatomischen Sinne. Ein Fall von Nephrektomie bei Nierentuberkulose wird mitgeteilt, in dem nach der Operation die gleichzeitig bestehende Lungentuberkulose ausheilte.

Gayet (26) beschreibt einen Fall von vollständiger Heilung einer Nierentuberkulose mittelst Nephrotomie; die Nephrektomie wurde unterlassen, weil an der gespaltenen und enthülsten Niere und am Ureter keine Veränderungen nachzuweisen waren.

Alessandri (3) weist die Möglichkeit einer partiellen Ausschliessung eines tuberkulösen Herdes nach, wofür er zwei Fälle anführt, und glaubt, dass manchmal vielleicht auch eine wahre Heilung mit teilweiser Erhaltung des Organs und seiner Funktion eintreten könnte.

Beer (7) teilt zwei Fälle von Nierentuberkulose mit, von denen der eine vergeblich mit Friedmannschem Serum behandelt worden war. In beiden Fällen wurde die Niere lumbal exstirpiert und der Ureter so weit als möglich befreit, dann nach Pararektalschnitt unmittelbar an der Einmündung in die Blase abgetragen. Im zweiten Falle war die Diagnose mittelst Impfversuch gestellt worden; der Nachweis von Tuberkelbazillen gelang erst nach provokativer Tuberkulininjektion.

Karewski (37) bestreitet eine örtliche Heilung chirurgischer Tuberkulose durch das Friedmannsche Heilmittel. Bei der Tuberkulose der Harnwege konnte nur hin und wieder ein Geringerwerden des Blasentenesmus beobachtet werden.

10. Nierenverletzungen.

1. *Ach, A., Über subkutane Nierenrupturen. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 93. Heft 2.
2. Depous, Etude sur la contusion rénale, ses suites et leurs rapports avec la loi sur les accidents du travail. Thèse de Bordeaux. 1913/14. (Befürwortet der Revision

unterliegende Jahresrenten, da die Folgen von Nierenverletzungen sich erst in der Folge zeigen können.)
3. Edington, G. H., Laceration of the right kidney. Glasgow Med.-Chir. Soc. Sitzg. vom 1. Mai. Brit. Med. Journ. Bd. 1. p. 1186. (Vollständige Durchreissung, Laparotomie, Heilung.)
4. *Ehrenpreis, Rupture complète du rein. Bull. et Mém. d. l. Soc. anat. de Paris. 1913. Nr. 5.
5. *Eliot, E., A consideration of certain coexisting lesions of the gall-bladder and kidney. Annals of Surg. Bd. 59. p. 679 u. 783.
6. Frangenheim, Traumatische Nierenruptur. Allg. ärztl. Verein Köln. Sitzg. vom 27. April. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 1477. (Operation 14 Tage nach dem Trauma wegen Fiebers und Albuminurie, Öffnung und Drainage eines apfelgrossen urinhaltigen Abszesses am unteren Nierenpol; wegen Harnfistel und andauernder Albuminurie nach sechs Wochen Nephrektomie, bei der sich ein vom Ureterende bis weit ins Nierenbecken und Nierensubstanz reichender Riss fand. Heilung.)
7. Giuliani, Kyste hématique du rein. Soc. des sciences méd. de Lyon. Sitzg. vom 2. April 1913. Lyon méd. 1913. Nr. 29. (Zitronengrosser Tumor im unteren Pol ohne Verbindung mit dem Nierenbecken. Exstirpation. Periodische Hämaturien waren vorausgegangen; Ursprung, wie es scheint, traumatisch.)
8. *Goldscheider, Unfälle und Nierenkrankheiten. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 51. p. 1.
9. Lataste, Déchirure traumatique du rein et de la rate. Soc. de Méd. et de Chir. de Bordeaux. Sitzg. vom 3. April. Journ. de Méd. de Bordeaux. Bd. 85. p. 252. u 389. (Sternruptur der Niere, Abreissung der Milz von ihrem Stiel nach drei Meter hohem Sturz; siebenjähriges Kind. Exitus.)
10. Leriche, Arrachement traumatique avec torsion du pédicule rénal, volvulus du rein. Soc. des sc. méd. de Lyon. Sitzg. vom 3. Dez. 1913. Lyon méd. Nr. 2. p. 75. (Völliges Freiliegen der Niere im rechten Hypochondrium durch Torsion und Abreissen der Gefässe und des Ureters nach lumbalem schweren Trauma; Hämaturie und schwerer Schock; beinahe blutlose Exstirpation mit Abklemmung der Gefässe und des Ureters.)
11. Lexer, K., Pfählungsverletzungen. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 654. (Fall auf spitzen Zaunpfahl gegen die Nierengegend, starke Blutung nach aussen; die Niere erwies sich nach Freilegung im Querdurchmesser vollkommen gequetscht und zerfetzt, die Nierenvene zerrissen. Nephrektomie, Heilung.)
12. *Lüken, E. A., Über 47 an der Leipziger Klinik von 1895—1911 beobachtete und behandelte Fälle von subkutaner Nierenruptur. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 129.
13. Pearson, J. M., Subparietal rupture of kidney. Arizona Med. Journ. Phoenix. Bd. 2. Nr. 4.
14. *Ponomareff, S., Über die Behandlung der subkutanen Nierenrupturen. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 89. p. 682.
15. *Pousson, A., Néphrites traumatiques. Journ. d'Urol. Bd. 5. p. 691.
16. *Waljaschko und Lebedew, Zur Frage der Heilung der Leber-, Milz- und Nierenwunden. Arch. f. klin. Chir. Bd. 102. Heft 2.

Goldscheider (8) beantwortet die Frage, ob durch Trauma eine akute oder eine chronische Nephritis hervorgerufen werden könne, im bejahenden Sinne; ebenso kann eine schon bestehende Nephritis durch Trauma verschlimmert werden. Ein sicherer Fall von durch Trauma hervorgerufener Nierentuberkulose ist nicht bekannt. Sicher feststehend ist die Möglichkeit der Entstehung einer Nephroptose durch Trauma, entweder durch ein einziges heftiges, oder durch wiederholt einwirkende, geringfügigere traumatische Schädigungen (schweres Heben etc.). Ein ursächlicher Zusammenhang kann nur angenommen werden, wenn unmittelbar nach dem Unfall die Beschwerden (Schmerzen, Erscheinungen von Nierenquetschung, z. B. Blutharnen) sich einstellten. Ebenso sicher können Nierensteine durch Trauma entstehen, wenn abgestossene zellige Elemente oder Blutergüsse zur Steinbildung Veranlassung geben. Die Steinbildung erfolgt aber erst allmählich, so dass ein ursächlicher Zusammenhang schwer nachzuweisen sein wird. Ebenso kann Pseudohydronephrose (traumatische Hydronephrose) und echte Hydronephrose, letztere durch narbige Stenose der Harnleiter, Abknickung des Harnleiters oder Harnleiterverschluss durch einen Stein durch Trauma entstehen, oder es kann eine vorher bestehende Hydronephrose zum Platzen gebracht werden. Auch die Entstehung bösartiger Neubildungen der Niere durch Trauma ist möglich; ein sehr kurzer und ein sehr langer Zeitaufwand zwischen Trauma und Auftreten von Neubildungserscheinungen spricht gegen ursächlichen Zusammenhang.

Pousson (15) verteidigt die Möglichkeit der Entstehung einer parenchymatösen Nephritis durch Trauma und belegt seine Anschauung mit 12 aus der Literatur gesammelten Fällen von traumatischer Nephritis und einem selbstbeobachteten Fall. Das Trauma kann zunächst eine Nierendislokation mit Schädigung der Fettkapsel und der Nierennische bewirken und die in die Umgebung eines Nierenrisses entstandenen sklerotischen Zonen können sich allmählich auf die ganze Niere ausbreiten. Durch renorenalen Reflex oder durch anatomische Veränderungen des Plexus renalis kann auch die andere Niere erkranken. Als klinische Symptome werden Hämaturie, Fieber, Allgemeinerscheinungen und Harnveränderungen wie bei subakuter und chronischer Nephritis beschrieben, besonders werden frühzeitig auftretende Ödeme, besonders Gesichtsödem, hervorgehoben; die Ödeme treten meist einseitig auf der Seite der verletzten Niere auf.

Waljáschko und Lebedew (16) weisen durch Tierversuche nach, dass multiple Nierenwunden durch Faszieneinhüllung mit befriedigender Funktion geheilt werden können.

Ach (1) hebt hervor, dass bei subkutanen Nierenverletzungen teils auf Grund des Allgemeinzustandes und der objektiven Erhebungen, teils auf Grund der klinischen Untersuchungsmethoden, besonders der Kystoskopie und des Ureterenkatheterismus zur Operation geschritten werden muss. Operatives Vorgehen mit möglichst konservativer Tendenz ist der sicherste therapeutische Weg, jedenfalls soll man lieber operieren als warten, bis Harninfiltration und Infektion aufgetreten sind. In zwei Fällen wurden totale Querrisse mit breiter Eröffnung des Nierenbeckens konservativ mittelst Naht zur Heilung gebracht.

Ponomareff (14) hält in der Mehrzahl der Fälle von Nierenverletzungen eine Operation für nicht nötig (unter 57 Fällen wurde nur achtmal operiert). Indikationen zur Operation sind ernstere Blutungen, Infektion und Blut- und Harnansammlung in der Nierenregion. Durch Kystoskopie muss der Zustand der anderen Niere festgestellt sein. Bei Verdacht auf intraperitoneale Ruptur oder Mitverletzung anderer Bauchorgane muss sofort operiert werden. Im übrigen ist möglichst konservativ zu verfahren.

In einem Falle von Ehrenpreis (4) traten erst 10 Tage nach dem stumpfen Trauma Hämaturie und nach 16 Tagen Symptome von Vereiterung ein. Die lumbale Inzision ergab Zerreissung der Niere, die exstirpiert wurde.

Lüken (12) tritt bei Nierenrupturen ohne Verletzung anderer Bauchorgane für möglichst konservative Behandlung ein und erklärt die Operation nur bei schwersten Blutungen mit stärkerer und bedrohlich werdender Anämie indiziert. 35 Fälle wurden konservativ behandelt, ohne Exitus.

Eliot (5) beschreibt einen Fall von Bauchschuss mit gleichzeitiger Durchbohrung der Niere und der Gallenblase, die beide exstirpiert wurden. Die Heilung war durch perinephrale Eiterung gestört.

11. Nierensteine.

1. *Adrian, C., Hyperalgetische Zonen und Herpes zoster bei Nierenerkrankungen. Zeitschr. f. Urol. Bd. 8. p. 477.
2. Arcelin, Die Röntgenphotographie in der Urologie. Revue prat. des mal. des org. gén.-ur. Nr. 62. (Betont die Wichtigkeit des Verfahrens bei Nieren- und Uretersteinen und bei Nierentuberkulose, wenn die Nieren stark vergrössert sind oder Kalkbildungen enthalten, dagegen viel weniger bei Blasensteinen.)
3. Beck, E. C., Stereoskop-Radiographie in der Diagnostik von Blasen- und Nierensteinen. Urol. and Cutan. Review. Bd. 17. Nr. 10. (Stereoskopaufnahme schützt vor diagnostischen Irrtümern besonders bei akzidentellen Schatten, sie gibt ein gutes Bild der wahren Grösse und der räumlichen Lagerung von Steinen.)
4. *Bécus, G., Nierensteinkolik bei Frauen. Journ. de Bruxelles. Nr. 19.
5. Beer, E., Nephrolithiasis. New York. Ac. of Med. Gen.-ur. Sect. Sitzg. vom 18. März. New York. Med. Journ. Bd. 99. p. 1055. (Zwei Fälle von Nierensteinen, einer einseitig, für Duodenalulcus gehalten, mittels Pyelotomie und Pyeloplastik operiert, und einer doppelseitig mit Steinrezidiven rechterseits; linksseitige Nephrotomie.)
6. *Binaghi, R., Pielotomia totale per calcolo del bacinetto. Gazz. degli osp. e d. clin. Nr. 47.
7. Black, W. T., Treatment of renal, ureteral and vesical calculi. Tenessee State Med. Assoc. Journ. Nashville. Bd. 6. Nr. 2.

8. Bloom, J. D., Nieren- und Blasensteine von besonderer Form und Zusammensetzung. Urol. and Cut. Rev. März. (Bespricht die chemischen Vorgänge der Konkrementbildung, ohne neue Gesichtspunkte vorzubringen.)
9. *Blum, V., Über den therapeutischen Harnleiterkatheterismus. Wiener klin. Wochenschrift. Bd. 63. Nr. 27.
10. *Bously, A., Abdominalschmerz und seine diagnostische Bedeutung. Brighton and Sussex Med.-Chir. Soc. Sitzg. vom 6. Nov. 1913. Lancet. 1913. Bd. 2. p. 1548.
11. Brown, O. H., und E. A. Babler, Bilateral renal calculi. Missouri State Med. Assoc. Journ. Bd. 10. Nr. 8. (Betont Dringlichkeit der Röntgenaufnahme und des Ureterkatheterismus, sowie der operativen Entfernung von Nierensteinen.)
12. *Caulk, J., Incrustation of the renal pelvis and ureter. Surg., Gyn. and Obst. April.
13. *Davis, L., Calculous anuria, with report of two cases. Surg., Gyn. and Obst. Juni.
14. Debout d'Estrée, Oxalurie. XVII. franz. Kongr. f. Urol. 1913. Zeitschr. f. Urol. Bd. 8. p. 194. (Hebt die Hyperazidität des Harns und sein hohes spezifisches Gewicht bei Oxalurie hervor.)
15. Desnos, Radiographie bei Nierensteinen. XVII. franz. Kongr. f. Urol. 1913. Zeitschrift f. Urol. Bd. 8. p. 195. (Ein Fall von grossem Korallenstein und ein Fall von wenigen Steinen mit harnsaurem Sand.)
16. Feldner, J., Zur Symptomatologie der Urämie bei Nierenkrankheiten. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 27. p. 240. (Urämie bei Nierenbeckenstein, chronischer Pyelitis und Nierenzysten trotz Harnausscheidung von 940 ccm pro die ohne Eiweiss.)
17. *Fowler, O. S., Experiments on animals to determine influence of ureteral obstruction on kidney infection; description of authors nephropexy. Colorado Med. Denver. Bd. 11. Nr. 7.
18. Frank, L., Ein Fall von kalkulöser Anurie. Urol. and Cut. Rev. März. (3—4 Steine im linken Ureter bei vollständiger Anurie.)
19. Frankenthal, L., Zystinurie und Zystinsteine. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 131. Heft 5/6. (Zwei von Neumann mittelst Nephro- bzw. Kystotomie erfolgreich operierte Zystinsteine.)
20. *Gayet, Deux cas de lithiase rénale. Soc. nat. de méd. de Lyon. Sitzg. vom 7. April 1913. Lyon méd. 1913. Nr. 24.
21. — Pyonéphrose calculeuse. Soc. de Chir. de Lyon. Sitzg. vom 27. Nov. 1913. Lyon méd. Nr. 5. p. 243. (Lange Zeit geschlossene Tuberkulose, dann plötzliche Öffnung des Ureters und Blasensymptome, Nephrektomie.)
22. Giuliani und Arcelin, Lithiase urinaire. Soc. des sciences méd. de Lyon. Sitzg. vom 18. Juni 1913. Lyon méd. 1913. p. 671. (Komplette Anurie 29 Tage nach Exstirpation einer enormen Pyonephrose; Ureterkatheterismus unmöglich, zweifelhafter Schatten im unteren Pol der zurückgebliebenen Niere. Nephrostomie und Entleerung von Steinkrümeln, nach fünf Tagen Abgang eines erbsengrossen Steins aus der Blase mit Massenentleerung von Harn.)
23. Gorasch, W., Nierenstein. Russ. Urol. Ges. Zeitschr. f. Urol. Bd. 8. p. 277. (Stein in einem fast durchgebrochenen Nierenabszess, der von der Fettkapsel austamponiert war.)
24. — Nierensteine. Russ. urol. Ges. Zeitschr. f. Urol. Bd. 8. p. 274. (Ein grosser Nierenbeckenstein und ein Fall von zwei Steinen im Nierenbecken und einem in der Niere.)
25. Grant, H. H., Management of nephrolithiasis. Kentucky Med. Journ. Bowling Green. Bd. 12. Nr. 14.
26. *Grave, A., Riesennierenstein. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 87. Heft 2.
27. Hagner, F. R., Palliativoperation bei Steinniere. Vereinig. amer. Urologen. 1913. Zeitschr. f. Urol. Bd. 8. p. 265. (Nephrolithotomie und Drainage mit Herabsetzung der Funktion auf der anderen Seite bis auf 9%; nach Entfernung der Steine Besserung der Funktion der anderen Niere bis auf 26%.)
28. *Hahn, A., Paranephritis durch Nierensteinperforation. Arch. f. klin. Chir. Bd. 104. Heft 3, Berl. Ges. f. Chir. Sitzg. vom 23. Febr. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 40. p. 1242 und Berl. urol. Ges. Sitzg. vom 3. Febr. Zeitschr. f. Urol. Bd. 8. p. 350.
29. *Hall-Edwards, J., The significance of phleboliths. Brit. Med. Journ. 1913. Bd. 2. 13. Dez.
30. Hughes, B., Appendizitis und Nierenkolik. Brit. Med. Journ. 31. Jan. (Im Harn Kolibazillen, zwei Schmerzanfälle, nach dem zweiten Exstirpation des ulzerierten Wurmfortsatzes.)

31. *Janssen, P., Therapeutische Indikationen bei Steinerkrankungen der oberen Harnwege. Med. Klinik. Bd. 10. p. 967.
32. Imbert, L., Wanderung von Nierensteinen durch die Wand des Nierenbeckens. XVII. franz. Kongr. f. Urol. 1913. Zeitschr. f. Urol. Bd. 8. p. 195. (Zwei Fälle.)
33. *Ingianni, G., I calcoli del rene e il loro trattamento chirurgico. R. Acc. med. di Genova. Sitzg. vom 30. Juni 1913. Zeitschr. f. Urol. Bd. 8. p. 398.
34. *Kielleuthner, L., Operative Therapie der Nierensteine. Beitr. f. klin. Chir. Bd. 88. Heft 3.
35. Klemperer, G., Zur Behandlung der Zystinurie. Therapie d. Gegenw. Nr. 3.
36. — und M. Jacoby, Zur Behandlung der Zystinurie. Verein f. inn. Med. u. Kinderheilk. Berlin. Sitzg. vom 16. Febr. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 40. p. 825. (Empfehlung der Alkalitherapie, die den intermediären Stoffwechsel befördert und die vollkommene Zersetzung des Zystins bewirkt.)
37. *Koch, W., Wesen und Behandlung der Nierensteine, namentlich vom chirurgischen Standpunkte aus. Inaug.-Diss. Berlin 1912.
38. *Kümmell, Nachweis von Nieren- und Uretersteinen, welche auf der Röntgenplatte sonst nicht sichtbar werden. Ärztl. Verein Hamburg. Sitzg. vom 25. Nov. 1913. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 40. p. 468.
39. Lehnerdt, Fall von Lithiasis im Säuglingsalter. Ärzteverein Halle a. S. Sitzg. vom 24. Juni. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 1946. (Ein Fall bei einem 19 Monate alten Knaben; in der Diskussion betonen David und Beneke das nicht so sehr seltene Vorkommen von Steinen im frühen Kindesalter, letzterer besonders das Vorkommen von Uretersteinen. Die von J. Veit vermutete Annahme einer Koliinfektion als Ursache der Steinbildung wird von Beneke und Lehnerdt abgelehnt.)
40. Lett, H., A case of calculous anuria. Brit. Med. Journ. Bd. 1. p. 532. (Verlegung beider Ureteren durch Steine; 33stündige Anurie; links Ureterotomie, rechts Spontanabgang der Steine.)
41. Lukins, J. B., Nierenstein. Urol. and Cut. Rev. März. (Übersicht der Symptome und der Diagnostik der Komplikationen.)
42. Mc Call, G. D., Case of renal calculus. Missouri State Med. Assoc. Journ. St. Louis. Bd. 11. Nr. 2.
43. *Mac Donald, A. L., Bedeutung der Nieren- und Ureterkoliken von mittlerer Intensität. Urol. and Cutan. Rev. 1913. Okt.
44. *Milkó, W., und V. Révész, Zur Röntgendiagnose der Nierensteine. Zeitschr. f. urol. Chir. Bd. 2. p. 271.
45. *Mosenthal, Röntgenbilder von Nieren- und Uretersteinen. Berl. med. Ges. Sitzg. vom 28. Jan. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 40. p. 361.
46. Müller, J., Fall von Nierensteinen. Nürnb. med. Ges. u. Poliklinik. Sitzg. vom 11. Juni. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 51. p. 1393. (Drei Oxalatsteine im linken Nierenbecken, während die Schmerzen stets rechts sassen; Spontanabgang der Steine.)
47. Mursell, H. T., Removal of a second stone from an only kidney. Brit. Med. Journ. Bd. 1. p. 532. (Doppelseitige Steine, Exstirpation der linken vollständig pyonephrotischen Niere, nach 3/4 Jahren Entfernung eines mandelgrossen Steines aus der rechten Niere.)
48. *Neumann, A., Zystinsteine und Zystinurie. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 40. p. 2065 u. 1998. (Diskussion.)
49. Paleani, O., Il metodo Bacelli del salasso alla pedidia applicato in un caso di anuria calcolosa in soggetto già nefrectomizzato. Policlinico. Sez. prat. Bd. 45. (Aderlass an der Vena dorsalis pedis und dadurch Beeinflussung der Vena cava und Nierenvene, so dass die Niere wieder funktionierte.)
50. *Patel, Calcul du bassinet, pyelotomie. Soc. des sciences méd. de Lyon. Sitzg. vom 17. Dez. 1913. Lyon méd. Nr. 6. p. 293.
51. *Peña, Operationsanzeigen bei kalkulöser Pyonephrose. Span. chir. Ges. Arch. gén. de Chir. 1913. p. 1334.
52. *Pincussohn, Über Oxalurie. Verein f. inn. Med. u. Kinderheilk. Berlin. Sitzg. vom 15. Juni. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 51. p. 1243.
53. Pollitzer, H., Nephrolithiasis, kombiniert mit chronischer Kolitis. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. Wien. Sitzg. vom 29. Jan. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 27. p. 286. (Zwei Fälle; die Kolonaffektion wird für primär, die Nierenerkrankung für sekundär gehalten.)

54. Portner, E., Nierensteine. Med. Klin. Bd. 10. p. 422. (Diagnostische und therapeutische Richtpunkte.)
55. *Rafin und Arcelin, La mobilité rénale et ses conséquences pour le diagnsotic radiographique des calculs du rein. Journ. d'Urol. Bd. 5. p. 723.
56. Reichel, Zur Diagnose der Nierensteine. Med. Ges. Chemnitz. Sitzg. vom 10. Dez. 1913. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 442. (Hervorhebung der Wichtigkeit der Röntgenaufnahmen von Nieren und Ureteren, der Kystoskopie und des Ureterkatheterismus; in der Diskussion erwähnt Nauwerck einen Fall von umschriebener Nierenzirrhose durch Steinbildung in den betreffenden Abschnitt des Nierenbeckens.)
57. Reynard, M., Pyonéphrose calculeuse chez une fillette de 14 ans. Soc. des sciences méd. de Lyon. Sitzg. vom 5. März 1913. Lyon méd. 1913. Nr. 24. (Mandelgrosser Oxalatstein mit Verwandlung der Niere in eine Reihe tuberkulös aussehender Kavernen, die aber nicht tuberkulös waren. Nephrektomie wegen starker Sklerose der Niere, die von sklerosiertem Gewebe umgeben war; Heilung.)
58. Rumpel, Vollkommen fettige Degeneration der Niere bei Steinbildung. Berl. urol. Ges. Sitzg. vom 5. Mai. Zeitschr. f. Urol. Bd. 8. p. 525. (Ein Fall; Exstirpation.)
59. *De Sandro, D., Oxalurie bakteriellen Ursprungs. Il Morgagni. Bd. 1. Heft 8.
60. Thelen, Doppelseitige Nephrolithiasis. Allg. ärztl. Verein Köln. Sitzg. vom 9. Febr. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 565. (Links 82 g schwerer, das ganze Nierenbecken ausfüllender Korallenstein, durch Pyelotomie entfernt, rechts zwei kastaniengrosse Steine, der grössere im Parenchym sitzend, durch Nephrotomie entfernt; Heilung ohne Fistelbildung. In der Diskussion spricht sich Hess für Röntgenaufnahme bei schattengebendem Katheter, besonders bei Nephroptose und Steinen, und für Funktionsprüfung mittels der Phenolsulphonphthaleinprobe aus.)
61. Tixier, L., Gastro-intestinale Störungen durch Nierensteine. Lyon méd. Bd. 46. Nr. 31.
62. Vander Veer, J. N., und W. D. Aldrich, Fall von doppelseitiger Lithiasis mit einseitiger Rezidive. Urol. and Cut. Rev. Bd. 17. Nr. 11. (Aus Titel ersichtlich.)
63. Wallace, D., Case of reno-pelvic calculus. Edinburgh Med. Chir. Soc. Sitzg. vom 20. Mai. Lancet. Jahrg. 92. Bd. 1. p. 1539. (Ein Fall von Nierenbeckenstein, durch Pyelotomie entfernt; ein Fall von Stein in der Nierensubstanz mit atypischen Symptomen, durch Röntgenaufnahme nachgewiesen.)
64. Wanach, Die Steinkrankheit der Nieren. Deutscher ärztl. Verein St. Petersburg. Sitzg. vom 10. Febr. St. Petersburger med. Zeitschr. Bd. 39. p. 154. (Demonstration. In der Diskussion spricht sich Pflücker bei grösseren Steinen für die Operation aus, ebenso Kernig, der prophylaktisch das Lithion empfiehlt. P. Mayer erörtert die diätetische Behandlung. Born ist auch bei grossen Steinen, wenn sie aseptisch sind, selten Koliken und keine starken Blutungen bewirken, für abwartende Behandlung. Schiele sieht die Hauptwirkung der Trinkkuren in der Verminderung der Entzündung der Harnwege und in der Abschwellung der Schleimhaut. Wladimiroff verlangt Beseitigung des Abschlusshindernisses. Wanach spricht sich bei komplizierender Pyo- und Hydronephrose für Nephrektomie aus. P. Mayer misst den Harnanalysen nur Wert bei, wenn mehrere Tage nacheinander die Harnsäure bestimmt wird.)
65. *Zondek, Zur Indikationsstellung bei Nierenkalkulose. Zentralbl. f. Chir. Bd. 41. Kongressbeilage. p. 102.

Fowler (17) sucht die Ursache der Steinbildung darin, dass der untere Calix tiefer liegt als die Harnleiteröffnung, so dass hier Neigung zu Stase, Infektion und Konkrementbildung entsteht. Um der Steinbildung vorzubeugen, schlägt er daher vorher nach Entfernung von Nierensteinen die Niere so zu fixieren, dass sie statt vertikal horizontal liegt und beide Calices gleich hoch stehen; der obere Pol wird nach innen und unten gedreht und hier mittelst eines aus der Fascia lata entnommenen Streifens, der durch die Kapsel geführt wird, an einem Wirbelquerfortsatz fixiert wird, während der untere Pol von unten nach oben ebenfalls mit einem Faszienstreifen an eine Rippe befestigt wird. Die Methode wird für jede Nephropexie, besonders aber bei Lithiasis, Pyelitis und Pyonephrose empfohlen. Die Operation wurde an 11 Kranken mit Erfolg ausgeführt.

Caulk (12) beschreibt vier Fälle von Inkrustierung der Nierenbecken- und Ureterschleimhaut mit aus dem Harn niedergeschlagenen Kalksalzen als Folge einer pathologischen Veränderung des Gewebes (Papillitis, Pyelitis etc.). Es kann dadurch eine Retentionszyste der Niere bewirkt werden. Die Endwirkung ist die Nekrose. Therapeutisch wird die Nephrotomie, beim Ureter der Ureterkatheterismus oder die Aufschlitzung und Auskratzung des Ureters empfohlen.

Symptome und Diagnose.

Adrian (1) hebt die Hyperalgesie und Hyperthermie der Haut im Bezirke des X., in geringerer Ausdehnung im Bezirke des XI. und XII. und des I. Lumbalsegments hervor und teilt einen weiteren Fall von Herpes zoster im X.—XII. Dorsalsegment bei Nierensteinkrankheit mit.

Bously (10) hebt hervor, dass Nierenkolik nur in 20% aller Fälle durch Steine hervorgerufen wird und dass andererseits bei vielen Steinfällen Koliken fehlen. Koliken werden erst ausgelöst, wenn eine Masse von Kristallen plötzlich durch den Ureter hinabgedrängt wird. Ein Fall, in welchem der Durchtritt eines Steines durch den Ureter drei Jahre gedauert hat, ohne jemals Koliken zu bewirken, wird mitgeteilt.

Mac Donald (43) führt Nieren- und Ureterkoliken von mässiger Intensität auf die Ausscheidung von Oxalatkristallen zurück.

Bécus (4) macht auf die Schwierigkeiten der Steindiagnose aufmerksam, weil häufig Schmerzen das einzige Symptom sind und Verwechslungen mit Genitalaffektionen möglich sind.

Kümmell (38) hält die Schätzung vieler Autoren, dass 2% der Nieren- und 5% der Uretersteine sich dem Röntgennachweis entziehen, für zu niedrig. Es gibt immer noch eine Anzahl dunkler Fälle, bei welchen die Nichtnachweisbarkeit eines vorhandenen Steines zu diagnostischen Irrtümern (z. B. Annahme einer Appendizitis) führte. Um solche Konkremente sichtbar zu machen, erwies sich als bestes Mittel die Kollargolinjektion, welche alle Erweiterungen der Harnwege und durch Imprägnation der Steine mit Metall auch die Steine selbst erkennen lässt. Drei Fälle von Verschlusssteinen des Nierenbeckens werden angeführt, welche die Möglichkeit der verschiedensten Fehldiagnosen erweisen. Als besondere Symptome solcher Verschlusssteine werden spontane und durch Fingerdruck gesteigerte Schmerzen auf einer Bauchseite, etwa 2 cm über und noch mehr innen vom Mc Burneyschen Punkt und zuweilen Blutungen oder wenigstens Blutschatten angeführt.

Milkó und Révész (44) berichten über einen Fall, in welchem ein Gallenstein bei der Röntgenaufnahme für einen Nierenstein gehalten wurde. Der Irrtum wurde erkannt, als sich bei Kontrollaufnahme der Nierenschatten verschoben fand, der Steinschatten aber nicht.

Mosenthal (45) verlangt vor jeder Nierensteinoperation die Aufnahme nicht nur der Niere, sondern auch des gesamten Ureters beiderseits. Aus dem Steinschatten lässt sich auf die chemische Beschaffenheit des Steines schliessen.

Rafin und Arcelin (55) prüften die Beweglichkeit der Niere bei der Atmung an Steinnieren durch Beobachtung der Dislokation der Steinschatten und stellten eine Abwärtsbewegung von 5 cm bei tiefster Inspiration fest.

Seidel (g. 2. 100) erwähnt Fälle von diagnostischer Täuschung bei Röntgenaufnahme von Nierensteinen und erwähnt ausser Phlebolithen und Plattenfehlern die Möglichkeit, dass ein Nierenstein durch Ablagerung bröckeliger, von Blutung herrührender Massen viel grösser erscheinen kann, als er wirklich ist. Ferner wird an der Hand von zwei Fällen hervorgehoben, dass bei Steineinklemmung und Anurie eine reflektorische Anurie nicht voreilig angenommen werden kann, bevor nicht Steinverschluss auf der anderen Seite mit Sicherheit ausgeschlossen werden kann.

Hall-Edwards (29) bezeichnet Phlebolithen in den Beckenvenen als häufig und ihre Beschwerden oft als ähnlich den Nierenkoliken, so dass Venensteinschatten für die Diagnose der Nephrolithiasis sehr hindernd sein können.

Komplikationen der Steinniere.

Davis (13) ist geneigt, die sogenannte Reflexanurie bei nicht verschlossener, aber erkrankter Niere besser durch funktionelles Versagen eines erkrankten, überladenen Organs zu erklären. In 90% der Fälle von Anuria calculosa ist nur eine richtig funktionierende Niere vorhanden, die verschlossen ist, oder beide Nieren sind verschlossen; der Zustand ist also ein mechanisch bewirkter. Wenn der Ureterkatheterismus erfolglos ist, so muss die Nephrotomie oder Pyelotomie gemacht werden. Nach der Operation lässt infolge der Drainage des Nierenbeckens der intrarenale Druck und der Krampf des Harnleiters nach und der Stein wird spontan entleert oder kann später operativ entfernt werden. Die beiderseitige Operation ist angezeigt.

Gayet (20) weist an zwei Fällen nach, dass auch kleinere Steine die Funktion der Niere beeinträchtigen können (besonders die Chlorausscheidung in einem Falle auch

die Harnstoffausscheidung und die Phloridzinzuckerbildung). Beide Fälle wurden nephrektomiert.

Blake (g. 12. 3) hebt hervor, dass Hämaturie bei Steinkrankheit fehlen kann und hält sie für ein häufigeres Symptom bei Tuberkulose, als bei Lithiasis. Die Inzision bei Nephrolithotomie muss am hinteren Rande gemacht werden, wo die Blutung am geringsten ist.

Hahn (28) berichtet über drei Fälle von Perforation eines Steines aus dem Nierenbecken, die alle unter dem Bilde einer Paranephritis verliefen. In einem Falle war es zur Bildung einer mächtigen, bis tief ins Becken herabreichenden, fibrös-sklerosierenden Schwarte gekommen, die von aus dem Nierenbecken kommenden Eiterfistelgängen durchsetzt war. In den beiden anderen Fällen war eine phlegmonöse Paranephritis entstanden. Heilung durch Nephrektomie.

Therapie.

Janssen (31) hebt die Wichtigkeit der Röntgenaufnahme für die Indikationsstellung bei Steinen in den oberen Harnwegen hervor, wobei nicht nur die Anwesenheit eines Steines, sondern häufig auch gewisse Komplikationen (Perinephritis etc.) nachgewiesen werden können. Es muss daher bei allen Fällen von Nierenschmerzen und Nierenblutungen eine Aufnahme, und zwar eine doppelseitige, der Nieren und Ureteren ausgeführt werden. Für den Nachweis der Lage des Steines ist besonders die Form des Steinschattens von Wichtigkeit. Doppelseitige Steine, auch bei Funktionstüchtigkeit beider Nieren, erfordern stets die operative Entfernung, und zwar zweizeitig, wobei der grössere Stein zuerst zu entfernen ist. Ist eine Niere nicht funktionstüchtig, so soll auf dieser Seite zuerst operiert werden, bei doppelseitiger Alteration der Niere ist auf der schwerer erkrankten zuerst zu operieren. Bei einseitigem Steine und funktionstüchtiger Niere kann man, besonders bei älteren Kranken, die Operation unterlassen. Bestehen bei einseitigem Steine leichte Albuminurie oder Nierenreizung, erheblichere Schmerzhaftigkeit, stärkere Blutungen oder Infektion oder Harnretention, so ist die Operation dringend anzuraten. Absolute dringende Indikation besteht bei akuter Vereiterung des Nierenbeckens, Pyonephrose mit Gefahr der Urosepsis und Anurie. Bei nicht oder nur leicht infiziertem Nierenbecken und durchgängigem Ureter eignet sich in erster Linie die Pyelotomie mit darauffolgender Nierenbeckennaht. Bei fixierter Niere (Perinephritis), abnorm kleinem Nierenbecken und wenn dieses von der Niere selbst verdeckt wird, endlich bei Parenchymsteinen, ist die Nephrolithotomie auszuführen. Bei schwerer Infektion mit Abszessbildung bietet die Nephrektomie — bei gesunder anderer Niere — die besten Heilungsaussichten; sie ist womöglich zur Zeit einer Remission auszuführen. Die Nephrostomie findet ihre Indikation nur, wenn das Allgemeinbefinden eine Lithotomie oder Nephrektomie ausschliesst, wenn die Erkrankung doppelseitig und mit erheblicher Infektion kompliziert ist und wenn beide Nieren funktionell minderwertig sind.

Uretersteine, die auch nur teilweise obturieren, müssen entfernt werden, weil sie durch Stauung und durch reflektorische Anurie im Falle der Einkeilung Gefahr bringen. Die Entfernung geschieht am besten auf extraperitonealem Wege.

Zondek (65) macht in der Frage, ob Pyelotomie oder Nephrotomie ausgeführt werden soll, auf die Lage des Steinschattens zum Nierenschatten — ob ausserhalb oder innerhalb des letzteren — aufmerksam; wenn ausserdem der Stein den eigentümlichen Fortsatz zeigt, der auf ein Hereinragen in den Ureter hinweist, so ist ein Nierenbeckenstein anzunehmen. Ausserdem lässt sich durch O-Füllung und Pyelographie der Sitz des Steines im Nierenbecken bestimmen. Wenn bei der Operation die Pyelotomie sich als nicht hinreichend erweist, so darf der Beckenschnitt nicht direkt ins Parenchym fortgesetzt, sondern es muss ein Radiärschnitt hinzugefügt werden, der vom Hilus eine Strecke weit entfernt bleiben muss, oder es muss ein Längs- oder Querschnitt oder eine Inzision an einer anderen Stelle zugefügt werden, so wie die Anordnung der Gefässe es erfordert.

Binaghi (6) entfernte durch Pyelotomie einen 232 g schweren Stein (Durchmesser 22 × 19 cm) aus der linken Niere. Zwei Nierenbeckenplastikversuche scheiterten, schliesslich schloss sich nach retrogradem Katheterismus des Harnleiters die Nierenbeckenfistel.

Hochenegg (siehe Pleschner c. 4. 20) fand unter 13 Nierensteinfällen nur dreimal die Pyelotomie anwendbar. Nephro- und Nephrektomie wurden je fünfmal ausgeführt. Ein Fall von Nephrotomie ging urämisch zugrunde, weil die operierte Niere fast funktionslos und der Ureter der anderen Niere durch Knickung verlegt war.

Peña (51) empfiehlt bei aseptischer Steinniere Nephro- oder Pyelotomie, bei infizierter Niere, schlechtem Allgemeinzustand, Unmöglichkeit der Funktionsprüfung und durchgängigem Ureter die Nephrotomie, im gegenteiligen Falle die Nephrektomie. In der Dis-

kussion bezeichnet Cifuentes die Nephrektomie wegen ihrer hohen Mortalität (25%) nur für eine Ausnahmeoperation und spricht sich für die Nephrotomie aus.

Patel (50) befürwortet neuerdings bei Nierenbeckensteinen die Pyelotomie auf paraperitonealem Wege vom vorderen äusseren Schnitt aus und hebt die bessere Übersichtlichkeit des Nierenstiels und des Inneren des Nierenbeckens, sowie die Möglichkeit, die Niere mehr in ihrer Lage zu belassen, hervor.

Koch (37) beschreibt die verschiedenen Operations- und Schnittmethoden für die Entfernung von Nierensteinen und stellt 60 Fälle aus der Berliner Charité-Klinik zusammen, darunter 18 aseptische Fälle mit 94% und 42 infizierte mit 79% Heilungen. Für die Nephrektomie (20 Fälle) ergaben sich 34% Todesfälle, für die Nephrolithotomie (26 Fälle) 5% und für die Pyelolithotomie (14 Fälle) 61% Todesfälle.

Kielleuthner (34) empfiehlt für nicht zu grosse und nicht zu stark infizierte Nierenbeckensteine die Pyelotomie, bei stark infizierten Fällen ist die Nephrektomie der Nephrotomie vorzuziehen.

Ingianni (33) nimmt in einem Falle von Nierenstein eine primäre Abszessbildung durch akute Infektion und sekundäre Bildung eines grossen verästelten Steines und in einem zweiten Falle luetische Organveränderungen als Ursache der Steinbildung an. Im ganzen fünf Fälle, vier durch Nephrolithotomie, einer durch Nephrektomie behandelt. Die Pyelotomie wird der Nephrotomie vorgezogen.

Kirchberg (g. 6. 18) hält die Mechanotherapie bei Steinerkrankung einerseits deshalb für von Nutzen, weil sie die der Steinbildung zugrunde liegende Stoffwechselveränderung, besonders prophylaktisch, beeinflusst, andererseits weil die Uretermassage bei Uretersteinen von günstiger Wirkung sein kann.

Blum (9) erklärt den therapeutischen Ureterkatheterismus für indiziert bei Anurie infolge Steineinklemmung im Ureter, bei kongenitaler und erworbener Hydronephrose und Hydroureter, bei Pyelitis (besonders in der Schwangerschaft) und Pyelonephritis, endlich als Vorbereitung der chirurgischen Eingriffe bei Pyelitis calculosa und bei gynäkologischen Operationen.

Grave (26) beschreibt einen Nierenstein von 340 g Gewicht, 12,5 cm Länge und 8,5 cm Breite. Die Niere wurde exstirpiert. Trotz der Grösse des Steines waren die Symptome gering.

Eliot (g. 10. 5) beschreibt einen Fall von vereiterter Steinniere, bei deren Exstirpation eine Cholecystitis mit starker Füllung der Gallenblase gefunden wurde. In der Diskussion erwähnt Erdmann einen Fall von Cholecystitis nach vorausgegangener rechtsseitiger Nierensteinoperation.

Oxalurie und Cystinurie.

Pincussohn (52) unterscheidet eine exogene und eine endogene Oxalurie, je nachdem die Vermehrung der Oxalsäureausscheidung aus Nahrungsstoffen oder aus Produkten des Stoffwechsels (Purinen) entstanden ist. Therapeutisch wird Vermeidung oxalsäurehaltiger Nahrungsmittel und Abstumpfen der Magensäure, sowie Zufuhr von sauren Phosphaten und Verminderung des Kalzium zugunsten des Magnesium empfohlen.

De Sandro (59) isolierte aus menschlichen Fäzes einen Bacillus oxalatigenes, der auf geeigneten Nährböden das Ausfallen von Kalkoxalatktrisallen bewirkt, vermutlich infolge von Oxydation von Stärke; es soll demnach bei Oxalurie keine mehlreiche Nahrung gegeben werden.

Neumann (48) beschreibt zwei Fälle von Zystinsteinen, einen im Nierenbecken bei einem 24jährigen Mädchen, der durch Röntgenaufnahme nachgewiesen und durch Pyelotomie entfernt wurde (bei multiplen Nierenabszessen) und einen in der Blase eines dreijährigen Knaben. Die Zystinausscheidung (nach der Operation) wurde durch Bettruhe nicht vermindert, bei reiner Milchdiät nahm sie, aber ohne dass die subjektiven Beschwerden verschwanden, ab, bei gemischter Kost nahm die Ausscheidung zu und das Allgemeinbefinden hob sich, ohne dass die Beschwerden zunahmen; Natron bicarbonicum hatte geringen Einfluss. Endlich wird ein Fall von reinem Bakterienstein im Nierenbecken mit Vereiterung der Niere mitgeteilt, der aus Kolibazillen mit beigemischtem Kalk bestand. In der Diskussion erwähnt Rosenstein einen Fall von 45 Zystinsteinen mit Erhaltung der in einen schlaffen Sack verwandelten Niere, obwohl die andere Niere schon exstirpiert war. Körte beschreibt einen förmlichen Zystinausguss des Nierenbeckens.

12. Nierengeschwülste.

1. Ahreiner, Demonstration seltener Nierenpräparate. Unterelsäss. Ärzteverein Strassburg. Sitzg. vom 27. Juni. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 51. p. 1392. (1. Niere mit grossem Stein und hühnereigrossem Hypernephrom, exstirpiert; 2. Niere mit grösseren, bis ans Nierenbecken reichendem Tumor und mandelkerngrossem Konkrement im Nierenbecken; 3. kleines Konkrement in einem Kelch und Nierentuberkulose.)
2. Ball, Stone and tumor in the same kidney. R. Ac. of Med. in Ireland. Sect. of Surg. Sitzg. vom 9. Jan. Lancet. 92. Jahrg. Bd. 1. p. 318. (Kleiner Nierenbeckenstein, bei dessen Entfernung am konvexen Steinrande ein Zystadenom gefunden wurde. Nephrektomie.)
3. *Blake, A., Cases of renal surgery. Assoc. of reg. med. Women. Sitzg. vom 8. Jan. Brit. Med. Journ. Bd. 1. p. 199. (Statistische Übersicht über 14 Fälle von Nephrolithiasis, 4 von Nephroptose, 7 von Hydronephrose, 4 von renaler Hämaturie und 1 von kleinzystischer Degeneration.)
4. Borchard, Zwei Grawitzsche Nierentumoren. Verein Posener Ärzte. Sitzg. vom 21. Jan. Med. Klinik. Bd. 10. p. 393. (Durch Operation geheilt.)
5. Byloff, N. V., Metastasen als erste Symptome eines malignen Hypernephroms. Chir. (russ.) Bd. 34. p. 419. Ref. Journ. d'Urol. Bd. 5. p. 81. (Hirntumor als erstes Symptom. Sektionsbefund.)
6. Chevassu, M., Syphilome du rein gauche. Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris. p. 717. (Der als maligne Geschwulst angesprochene Nierentumor erwies sich nach der Exstirpation als Gumma mit ausgedehnten sklerotischen Veränderungen der Umgebung und Arteriitis luetica, schwielige Perinephritis; keine Pyurie, keine Blasensymptome, fast vollständige Anurie.)
7. Coenen, H., Hypernephrom des Zungengrundes. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 51. Nr. 37. (Typischer Bau der Geschwulst; keine Krankheitserscheinungen im Gebiete der Nieren und Nebennieren.)
8. Fischer, Hypernephrome. Ärztl. Verein Frankfurt a. M. Sitzg. vom 15. Dez. 1913. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 51. p. 185. (Demonstration.)
9. *Fraser, A., Nierentumor mit ungewöhnlichem mikroskopischem Befund. Proceed. of the New York Path. Soc. Bd. 14. Nr. 1.
10. Gaisböck, Hypernephrom der linken Niere. Wissensch. Ärzteges. Innsbruck. Sitzg. vom 23. Jan. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 27. p. 778. (Der Tumor hatte die Nierenkapsel durchbrochen und die Nebenniere umwachsen bzw. teilweise durchsetzt; Metastase in Lymphdrüsen und Lungen und eine haselnussgrosse Metastase unter der Haut des rechten Vorderarms.)
11. Gamgee, L., Hypernephroma of kidney. Brit. Med. Assoc. Birmingham Branch. Sitzg. vom 6. März. Brit. Med. Journ. Bd. 1. p. 709. (Zwei Fälle; Demonstration.)
12. Gayet, Cancer du rein; néphrectomie. Soc. de Méd. de Lyon. Revue de Chir. Bd. 49. p. 706. (Karzinom am oberen Nierenpol, Hämaturien; Exstirpation nach explorativer lumbaler Freilegung der Niere.)
13. Gorasch, W., Hypernephrom und Hydronephrose. Russ. urol. Ges. Zeitschr. f. Urol. Bd. 8. p. 274.
14. — Nierentumor. Russ. urol. Ges. Zeitschr. f. Urol. Bd. 8. p. 277. (Mit unklaren Symptomen.)
15. Grandjean, A., Epithélioma du rein gauche; néphrectomie, récidive dans la cicatrice, extirpation; métastase vaginale, extirpation; conservation d'un excellent état général. Journ. d'Urol. Bd. 5. p. 303. (28 jährige Frau; Inhalt aus Titel ersichtlich.)
16. Harting, Hypernephroider Tumor der Nebenniere. Med. Ges. Leipzig. Sitzg. vom 9. Dez. 1913. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 40. p. 516. (Mit Übergreifen auf die Niere.)
17. Harttung, H., Wirbelmetastase nach Hypernephrom. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 40. p. 1269. (Osteoklastische Form von Wirbelmetastase bei Hypernephrom, im Harn rote Blutkörperchen. Laminektomie. Sektionsbefund.)
18. Hawkes, F., Karzinoma of the kidney associated with calculi. New York. Ac. of Med. Sect. on Obst. and Gyn. Sitzg. vom 24. März. Amer. Journ. of Obst. Bd. 69. p. 1049. (29 jährige Frau ohne Symptome von seiten der Harnorgane mit Ausnahme des nachweisbaren Tumors. Inzision auf den Tumor, Exitus nach 12 Tagen an Erschöpfung.)

19. Hessmann, Metastatischer Lungentumor bei Hypernephrom. Hufelandsche Ges. Berlin. Sitzg. vom 11. Juni. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 51. p. 1477. (Röntgendemonstration.)
20. *Hoffmann, E., Zur Kasuistik der Nierentumoren. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 89. Heft 1.
20a. Josephson, C. D., Malignes Hypernephrom der rechten Niere mit Metastasen in der Scheide. Verhandl. d. obst.-gyn. Sekt. d. Ges. Schwed. Ärzte. Hygiae. (Silas Lindqvist.)
21. *Israel, W., Pneumaturie bei Nierentumor, zugleich ein Beitrag zur Pyurie bei bösartigen Geschwülsten der Niere. Berl. urol. Ges. Sitzg. vom 5. Mai. Zeitschr. f. Urol. Bd. 8. p. 527.
22. *Junkel, Beiträge zur Kenntnis der embryonalen Nierengeschwülste. Arch. f. klin. Chir. Bd. 103. Heft 4.
23. Kader, Nephrektomie bei Adenosarcoma embryonale der rechten Niere. Gyn. Ges. Krakau. Sitzg. vom 17. Dez. 1913. Gyn. Rundschau. Bd. 8. p. 309. (5 kg schwerer Nierentumor mit zwei Ureteren bei einem 14jährigen Mädchen, durch Nephrektomie exstirpiert; embryonale Mischgeschwulst.)
24. Kerr, M., Renal hypernephroma. Glasgow Med.-Chir. Soc. Sitzg. vom 6. März. Brit. Med. Journ. Bd. 1. p. 654. (32jährige Frau; Differentialdiagnose von Ovarialtumor. Nephrektomie, Heilung.)
25. Kraus, E. J., Fall von Grawitz-Tumor. Wissensch. Ges. Deutsch. Ärzte in Böhmen. Sitzg. vom 22. Mai. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 27. p. 1086. 3. Teil. (Verkalktes Hypernephrom der rechten Niere mit ausgedehnten Metastasen an Schädel, Wirbelsäule, Becken, Rippen, Leber, Lungen, Scheide, unter polyneuritischen Erscheinungen verlaufend; Sektionsbefund bei einem 25jährigen Mädchen.)
26. Leischner, Hypernephrom. Ärztl. Verein Brünn. Sitzg. vom 12. Jan. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 27. p. 496. (Vollkommene Heilung nach Exstirpation.)
27. Lion, K., Papillom des Nierenbeckens. Deutsche Ges. f. Urol. IV. Kongr. Zeitschr. f. Urol. Bd. 8. 1. Beiheft p. 413. (Kirschgrosses, zottiges, gutartiges Papillom nahe der Abgangsstelle des Ureters aus dem Nierenbecken, von dem eine nekrotisch gewordene Zotte unter Krämpfen ausgestossen worden war. Nephrektomie; Heilung.)
28. Lower, W., E. Neoplasms of renal pelvis with special reference to transplantation in ureter and bladder. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 18. Nr. 2. (Siehe Jahresbericht Bd. 27. p. 537.)
29. *Mc Williams, A., Polycythaemia; hypernephroma; nephrectomy. New York Surg. Soc. Sitzg. vom 8. Okt. 1913. Annals of Surg. Bd. 59. p. 121.
30. Marcowo, Nierensarkom im Kindesalter. La medicina de los niños. 1913. Febr. Ref. Journ. d'Urol. Bd. 5. p. 82. (15 Monate altes Mädchen, Fibromyxosarkom. Nephrektomie, Tod am nächsten Tage.)
31. *Marogna, P., Papillomi del bacinetto. Policlinico. Bd. 21. Sez. chir. Nr. 8.
32. Matsuo, M., Über einen Fall von Grawitzschem Tumor. Inaug.-Diss. München 1913.
33. Mönckeberg, J. G., Doppelseitig primäres Rundzellensarkom der Niere mit Metastasen in den Lymphknoten. Rhein.-westfäl. Ges. f. inn. Med., Nerven- u. Kinderheilk. Sitzg. vom 16. Nov. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 392. (Achtjähriges Mädchen, Sektionsbefund.)
34. *Neuhäuser, Kurze Demonstration von Präparaten betreffend die Fortentwicklung jugendlicher, in die Niere implantierter Nebennieren. Zentralbl. f. Chir. Bd. 41. Kongressbeilage. p. 106.
35. Pelloux, Néoplasme du rein. Soc. des sciences méd. de Lyon. Sitzg. vom 5. Nov. 1913. Lyon méd. 1913. Nr. 49. (Epitheliom, vielleicht durch Trauma hervorgerufen.)
36. Phélip und Salin, Epithéliome du rein chez un enfant de vingt et un mois. Bull. et Mém. d. l. Soc. anat. de Paris. 1913. p. 336. (Von den Harnkanälchen ausgehendes Epitheliom von embryonalem Typus. Exstirpation, Heilung.)
37. Portner, E., Nierengeschwülste. Med. Klinik. Bd. 10. p. 247. (Kurze Richtpunkte in bezug auf Diagnose und Behandlung.)
38. Saviozzi, V., Studio anatomo-patologico e clinico delle propagazioni dei tumori maligni del rene con speciale riguardo alla loro obiettività epatica. Tumori. Bd. 3. Heft 3. (Zwei Fälle von direktem Übergreifen eines Hypernephroms auf die Leber; Operation, Exitus, in einem Falle während der Operation an Embolie der Art. pulmonalis.)

39. Saviozzi, V., Ipernefromi. Tumori. Bd. 3. Nr. 5. (Hypernephrom im unteren Nierenpol mit Darmstörungen und Kachexie.)
40. Schwers, H., und A. Wagner, Primäres Rundzellensarkom. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 130. Heft 1/2. (Nach Scharlach; herdweise Entstehung im interstitiellen Gewebe der Rinde; in diffuse, fast das ganze Organ substituierende Neubildung endigend; achtjähriges Kind.)
41. *Seeliger, Die Bedeutung der Hypernephrome für die unfallgerichtliche Begutachtung. Monatsschr. f. Unfallheilk. Nr. 2/3.
42. Tietze, Multiple kleinste Metastasen eines Hypernephroms im Gehirn. Bresl. chir. Ges. Sitzg. vom 11. Mai. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 51. p. 1197. (Plötzliches Auftreten von epileptiformen Krämpfen; Sektionsbefund.)
43. *Unterberger, Nierenkarzinom. Ärzteverein Oberösterreich. Sitzg. vom 3. Juli. 1913. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 27. p. 496.
44. — Hypernephrom. Nordostdeutsche Ges. f. Gyn. Sitzg. vom 20. Juni. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. p. 319. (11 Pfund schwere, bis ins Becken reichende, als Ovarialtumor angesprochene Geschwulst. 66jährige Nullipara. Laparotomie und Exstirpation. Exitus an Lungenembolie.)
45. *Wengraf, Embryonale Adenosarkome der Niere. Virchows Arch. Bd. 214. Heft 2.
46. *Zarri, G., Due casi di ipernefroma del rene. La clinica chir. 1913. August.

Gutartige Geschwülste.

Hoffmann (20) beschreibt sieben mittels Nephrektomie behandelte Fälle von Nierentumoren, darunter einen Fall von echtem Myom der Niere und einen Fall von Hypernephrom, für dessen Entstehen und Wachstum ein Trauma als Ursache anzusprechen ist.

Marogna (31) beschreibt einen Fall von Nierenpapillom mit Nephrektomie und nach dreijähriger Gesundheit Auftreten von Papillomen in der zurückgelassenen Niere, ferner einen Fall von Papillom bei Hydronephrose mit Entleerung des Nierenbeckens und Annähung der Sackwand an die Wundränder.

Blake (3) beschreibt einen Fall von Hämaturie infolge eines kleinen Angioms des Nierenbeckens. Nephrektomie.

Hypernephrome.

Neuhäuser (34) konnte an neugeborenen Kaninchen nach Einpflanzung der Nebenniere in die Niere in einzelnen Fällen die Entwicklung einer Neubildung der übergepflanzten Nebenniere nachweisen.

Zarri (46) unterscheidet mononoduläre und multinoduläre Hypernephrome und histologisch typische und atypische Formen, von welchen die letzteren stets, die ersteren zuweilen bösartig sind. Zwei histologisch genau beschriebene Fälle werden mitgeteilt.

Fraser (9) fand bei einem Nierentumor von teils solidem, teils zystischem Bau, der bei einer 50jährigen Frau exstirpiert worden war, teils die bei Hypernephromen vorkommenden Befunde, teils eine vollkommene Übereinstimmung mit Nebennierenkarzinomen. Hieraus wird auf die Richtigkeit der Grawitzschen Annahme einer Abstammung aus Elementen der Nebennierenrinde geschlossen.

W. Israel (21) beschreibt ein kindskopfgrosses rechtsseitiges Hypernephrom mit strausseneigrosser Zerfallshöhle, aus der sich jauchige Massen und Schwefelwasserstoff entleerten. Für die Differentialdiagnostik von Tumor mit Pyurie gegenüber Pyonephrose wird die Wichtigkeit des Eintritts von Massenblutungen hervorgehoben. Der vorliegende Fall ist der fünfte Fall von renaler Pneumaturie und der erste von Pneumaturie bei malignem Nierentumor.

In der Diskussion beschreibt Manasse einen Fall von Pneumaturie bei Diabetes.

Mc Williams (29) beschreibt ein Hypernephrom der linken Niere mit Einwachsen des Tumors in die Nierenvene, das lediglich Hämaturien bewirkt hatte und durch Nephrektomie entfernt wurde. Heilung. Zugleich bestand beträchtliche Polyzythämie, die auch nach der Operation fortbestand.

In der Diskussion macht Lyle auf die Notwendigkeit der möglichst zentralen Unterbindung der Gefässe aufmerksam. Mathews, W. Meyer und Greene teilen ebenfalls Fälle von Hypernephromen mit. Lilienthal betont die Häufigkeit von Knochenmetastasen und daher die Notwendigkeit der Untersuchung der Knochen bei Hämaturien dunklen Ursprungs.

Hochenegg (siehe Pleschner) fand unter 14 Fällen von Nierentumoren 13 Hypernephrome und nur ein Karzinom.

Seeliger (41) untersuchte den Einfluss von Traumen auf vorhandene Hypernephrome und erwähnt die Möglichkeit, dass ein Hypernephrom durch Trauma generalisiert werden kann — wegen der Möglichkeit des Einwachsens in Gefässe —, ferner dass Blutungen in das Geschwulstgewebe und Durchbrüche in das Nierenbecken entstehen, endlich dass ein Hypernephrom durch Trauma maligne degenerieren kann. Schliesslich kann infolge von Trauma ein Hypernephrom sich aus okkulten Geschwulstteilen entwickeln.

Unterberger (43) berichtet über erfolgreiche Operation eines Karzinoms vom Grawitzschen Typus mit Uretermetastasen; in der Diskussion berichtet Doberer über einen Fall von Nephrektomie bei Hypernephrom, der seit vier Jahren rezidivfrei ist, und Brenner hebt die gute Prognose für die Nephrektomie bei Hypernephromen hervor, ausser bei Durchbruch in die Harnwege und die Blutbahn.

Karzinome und Sarkome.

Gussew (g. 7. 25) berichtet über zwei Fälle von Nephrektomie bei Kindern, in einem Falle vorwiegend Sarkom, im anderen Karzinom. In einem Falle Tod nach drei Monaten an Rezidive, der zweite Fall ist nach sieben Monaten noch rezidivfrei.

Wengraf (45) beschreibt fünf Fälle von embryonalen Adenosarkomen der Niere von gemischtem Bau (verschieden gestaltete Epithelien, Muskelgewebe etc.) und leitet sie teils von einem nicht differenzierten embryonalen Mesodermkeim, teils aus Urnierengewebe ab.

Junkel (22) fand in zwei Fällen von angeborener Nierengeschwulst an Stelle der grössten Wachstumsenergie ein indifferentes, sehr kerneiches Keimgewebe, was er für die Entstehung der Geschwülste für sehr wichtig hält.

13. Parasiten der Niere.

1. Hessmann, Nierenechinococcus. Hufelandsche Ges. Sitzg. vom 11. Juni. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 51. p. 1477. (Röntgendemonstration.)
2. Krull, J., Echinococcus der Niere. Tijdschr. v. Geneesk. 1913. 6. Dez. (Dumpfe Lumbalschmerzen, leichte Hämaturie, dann plötzlich heftige Leibschmerzen mit Druckempfindlichkeit in der rechten Nierengegend und am Mc Burneyschem Punkt. Spontane Entleerung von Membranen.)
3. Longo, L., Echinococcuszysten in Muskeln oder Nieren. Drei Fälle. Policlinico. Bd. 21. Sez. chir. Nr. 4.
4. *Loumeau, Les données comparatives de la clinique et du laboratoire après la néphrectomie pour échinococcose rénale. Soc. de Méd. et de Chir. de Bordeaux. Sitzg. vom 24. April. Journ. de Méd. de Bordeaux. Bd. 85. p. 299.
5. Magnusson, G., Über Behandlung innerer Echinokokken. Hospitalstid. Nr. 9. (Setzt bei Nierenechinokokken die Marsupialisation an erste Stelle.)

Loumeau (4) weist nach, dass nach partieller und totaler Nephrektomie wegen Echinococcus das Blut nach längerer Zeit die Eosinophilie und die Komplementbindung bewahren kann.

XIV.

Chirurgische Erkrankungen des Abdomens.

Referent: Marineoberstabsarzt Dr. zur Verth.

A. Allgemeines.

1. Witzel, Pankow Janssen, Eine Woche Bauchchirurgie für chirurgische und gynäkologische Ärzte. Vorträge in dem zweiten Kursus über die Fortschritte der Chirurgie und Gynäkologie, gehalten in der akademischen, chirurgischen und gynäkologischen Klinik in Düsseldorf vom 13.—18. Oktober 1913. Düsseldorf, Schmitz u. Olbertz.

In 40 Vorträgen wird von Forschern der verschiedensten Länder der Stand der ganzen Bauchchirurgie vom Allgemeinen bis zum Besonderen abgehandelt.

B. Verletzungen.

1. Arnaud, L., Contusion abdominale par coup de pied de cheval davant de vingt-quatre heures. Contracture de l'abdomen. Laparotomie immédiate. Double perforation du grêle avec matières fécales et pus en péritoine libre. Résection partielle et suture de l'intestin. Fermeture du ventre sans drainage. Guérison. Lyon méd. Nr. 25. p. 1369.
2. *Bengsch, Zur Kasuistik der Pfählungsverletzungen. Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 92. Festschr. Hamburg-Eppendorf. p. 729.
3. *Lexer, Karl, Pfählungsverletzungen. Aus der chirurgischen Klinik in München. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 12.
4. Magula, M., Bericht über 301 perforierende Stichverletzungen des Abdomens, insbesondere Magen- und Darmverletzungen aus den Jahren 1902—1912. Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 89. Heft 2. (Mortalität der Dünndarmverletzungen 42%, der Dickdarmverletzungen 54,5%; Erweiterung der Wunde und, sofern sie perforiert, Leibschnitt ist Grundregel.)
5. Waljaschko und Lebedow, Zur Frage der Heilung der Leber-, Milz- und Nierenwunden. v. Langenbecks Arch. Bd. 103. Heft 2. (Auf Grund von Versuchen an Hunden.)

Die Arbeiten über Verletzungen des Bauches und seines Inhalts sind zum grössten Teil der Kriegserfahrung entsprungen. Sie sind in diesem Berichte nicht erwähnt. Doch sollen die Ergebnisse zu einer späteren Zeit, wenn die Ansichten sich geklärt haben, hier aufgeführt werden.

Von den wenigen aus Friedensbeobachtungen hervorgegangenen Mitteilungen sind die von Bengsch (2) und Lexer (3) bearbeiteten Pfählungsverletzungen erwähnenswert. Sie bringen zusammen ein Material von 16 Pfählungsverletzungen, darunter vier atypische. Von den fünf Fällen von Bengsch starben zwei. Wo nur der geringste Verdacht auf Bauchfellverletzung besteht, ist der Bauchschnitt zu machen!

C. Netz, Mesenterium, retroperitoneales Gewebe.

1. Eisenberg, Carl, Über primäre Mesenterialkarzinome. Aus den Verhandlungen der Vereinigung bayrischer Chirurgen. 3. Vers. München. 12. Juli 1913. Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 88. (Beobachtung bei einem 25jährigen Mädchen.)

1a. *Franke, Über chirurgisches Handeln bei Tuberkulose der Mesenterialdrüsen. Verh. d. Deutsch. Ges. f. Chir. I. p. 258.

2. Friedmann, David, Occlusion of the inferior mesenteric artery. Med. Record. New York. (Seltener und weniger bedrohlich als Verschluss der Superior.)

3. *Fritsch, Netztorsion mit Einschluss einer Darmschlinge. Chir. Universitätsklinik in Breslau. Geheimrat Küttner. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 34.

4. *Hölscher, Fritz, Über entzündliche Geschwülste der Bauchhöhle. Med. Klinik. p. 401.

5.* Johansson, Sven, Zur Kasuistik der primären Geschwülste des Omentum majus. Nord. med. Arkiv. 1913. Bd. 46. Abt. 1. Heft 3. Nr. 9.

6. Juillard, Un cas d'hémangiome veineux caverneux du mésentère. Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris. p. 442.

7. Kleinschmidt, O., Ein solitärer Netzechinococcus. v. Langenbecks Arch. Bd. 104. Heft 4.

8. Lutz, Über doppelbrechende Lipoide im Mesenterium und in einem Mesenterialsarkom. Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 27. Heft 4. (In Anbetracht des Gehaltes an Lymphbahnen, den Transportwegen des resorbierten Fettes besitzt das Mesenterium eine besondere Neigung zur Degeneration des Fettes.)

9. *Outerbridge, Cystis-Lymphangioma of great omentum. Annals of Surg. Nr. 6.

10. Rimann, H., Über retroperitoneale Zystenbildung. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 129. p. 521.

11. *Sand, Knud, Über Ruptura mesenterii. Hospitalstidende. Jahrg. 57. Nr. 32. (Dänisch.)

12. Weil, S., Beitrag zur Klinik der Mesenterialvenenthrombose. Aus der Kgl. chir. Univ.-Klinik zu Breslau. Prof. H. Küttner. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 20. (Zwei Fälle, 52jähriger Mann gerettet durch Resektion, 62jähriger Mann gestorben.)

13. Ziembicki, Ein Beitrag zur Chirurgie des grossen Netzbeutels. Zentralbl. f. Chir. p. 1489.

Von den drei bekannteren pathologischen Prozessen im grossen Netz (Torsionen, Entzündungen und Geschwülsten) werden die seltenen primären Geschwülste von Johansson (5) um vier Fälle vermehrt: zwei Zysten, ein Fibrosarkom und eine hypernephroide Geschwulst. Die Diagnose wurde meist auf Appendizitis gestellt. Einen Fall von Lymphangiom mit zystenähnlichen Erweiterungen bringt Outerbridge (9). Die Entzündungen erfahren durch Hölscher (4) eine Bereicherung. Sie entstehen nicht selten im Anschluss an Operationen, von denen 75% Bruch- und Blinddarmoperationen sind. Ursache: chronisch mechanischer, chemischer oder schwach virulenter bakterieller Reiz. Diagnostisch ist frühe Probelaparotomie zu empfehlen. Fritsch (3) beschreibt eine Netztorsion bei einem 44jährigen Manne.

Knud Sand (11) bearbeitet auf Grund eines durch Operation geretteten Falles einer Mesenterialverletzung infolge stumpfen Traumas die Mesenterial-Ruptur. Meist handelt es sich um subkutane Verletzungen, in weniger als einem Drittel um Stiche. Mortalität 64%. Alle Nichtoperierten starben; von den Operierten starben 33%.

Franke (Rostock) (1a) findet primäre Mesenterialdrüsentuberkulose besonders häufig im Dünndarmmesenterium im ileocökalen Winkel, in dem sie nicht selten zu einer Geschwulst sich formen, weniger häufig im Mesokolon oder retroperitoneal. Die Symptome der Erkrankung sind nicht charakteristisch. Behandlung, da Totalexstirpation meist an der Ausdehnung des erkrankten Gebietes scheitert, Ausschälung oder Auslöffelung der erkrankten Drüsen (anschliessend längere Diskussion.)

D. Magendarmkanal.

1. Allgemeines.

1. Allen, Intussuszeption. Annals of Surg. Febr.
2. Andree, Hans, Die Plica diaphragmatica ovarii als Ursache einer Darminkarzeration. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 127. p. 500.
3. *Barjon et Dupasquier, Kystes gazeux de l'intestin. Prov. méd. Nr. 5. (67jährige Frau mit Magengeschwür.)
4. Bayer, Carl, Ungefährlicher Eingriff zum definitiven Verschluss des Anus praeternaturalis. Zentralbl. f. Chir. 56.
5. *Boas, J., Bemerkungen zu dem vorstehenden Artikel: „Zur Phenolphthaleinprobe auf okkultes Gebiet nach Boas". Deutsche med. Wochenschr. Nr. 29. (Siehe dazu unten Schirokauer.)
6. *— Die Lehre von den okkulten Blutungen. Bei Georg Thieme, Leipzig.
7. *Burrows, The cure of habitual constipation by the intraabdominal use of oil. Med. Record. New York. Vol. 85. Nr. 15.
8. Davis, Intestinal obstruction: formation and absorption of toxin. Bull. of the Johns Hopkins Hosp. Febr.
9. *Demmer, Fritz, Zur Kenntnis der Pneumatosis cystoides intestini hominis. v. Langenbecks Arch. Bd. 104. Heft 2.
10. *Dencks, G., Über Hormonal und Neohormonal, klinische und experimentelle Studien. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 132. p. 37.
11. Dietrich, A., Kleine Darmkarzinome vom Typus der Karzinoide mit schwerer Leberkarzinose. Frankf. Zeitschr. f. Pathol. Bd. 13. Heft 3.
12. *Duval, P., et J. Ch. Roux, Contribution à l'étude du traitement chirurgical de la „stase colique" par alterations du colon droit. Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris. p. 303.
13. Facchin, Alberto, Un caso molto raro di occlusione intestinale. Policlinico. Sez. prat. p. 1230.
14. *Faltin, R., Zur Kenntnis der Pneumatosis cystoides intestinorum. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 131. p. 166.
15. *Finsterer, Über die Bedeutung der totalen Darmausschaltung und den Wert der Enteroanastomose. Verh. d. Deutsch. Ges. f. Chir. I. p. 249.
16. *Frankenstein, Subkutane Applikation von peristaltikbefördernden Mitteln in der Nachbehandlung nach gynäkologischen Laparotomien. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 51. p. 2096—2098.
17. Flockemann, A., Der Stachel-Murphyknopf. Zeitsparende Veränderung am Murphyknopf. Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 92. Festschr. Hamburg-Eppendorf. p. 505.
18. Fromme, Albert, Über Darminvaginationen und spastischen Ileus. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 126. p. 579.
19. — Über spastischen Ileus. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 20.
20. Hausmann, Theodor, Über die Lokalisation von Abdominaltumoren mit Hilfe der topographischen Gleit- und Tiefenpalpation. v. Langenbecks Arch. Bd. 103. Heft 3.
21. Hauswirth, Hans, Über Myome des Magendarmkanals. v. Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 89. Heft 1.
22. Kelling, G., Über die Mechanik der Lateralanastomosen im Magendarmkanal. v. Langenbecks Arch. Bd. 103. Heft 3.
23. Klindt, Axel, Der Volvulus der Flexura sigmoidea und seine Behandlung. Hospitalstidende. Jahrg. 57. Nr. 17 u. 18. (Dänisch.)
24. Landsberger, Alfred, Über Volvulus im Bruchsack. Med. Klinik. 11. p. 461.
25. *Mauclaire, Kystes gazeux de l'intestin. Arch. gén. de chir. 6.
26. Monrad, S., Über die Behandlung der akuten Darminvagination bei kleinen Kindern. Nordisk Tidskr. f. Terapi. XII. 1913. Nr. 1. (Dänisch.)
27. Moore, Hypertrophic fibrosis of the gut causing chronic obstruction; a sequel to a strangulated hernia. Brit. Journ. of Surg. Vol. 1. Nr. 3. Jan.
28. Nägele, Otto, Die Enterostomie nach Hofmeisters Spicknadelmethode. Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 88. Heft 2.
29. Neumann, A., Wiederholter Ileus wegen eigenartiger Dünndarmaffektionen. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 126. p. 185.

30. Novaro, N., Invaginazione intestinale da ascaridi. Policlinico. Sez. chir. XXI. 3.
31. *Pauchet, M., Traitement chirurgical de la constipation chronique. Prov. méd. Nr. 7.
32. *Payr, Über den Magendarmelektromagneten und seine Anwendung. Verh. der Deutsch. Ges. f. Chir. II. p. 749.
33. *Pribram, Neue Experimente zur Vermeidung peritonealer Adhäsionen. Verh. d. Deutsch. Ges. f. Chir. II. p. 312.
34. *Pringle, Seton S., An addres on chronic intestinal stasis: anatomy and treatment. Brit. med. Journ.
35. *Ruge, Ernst, Operative Behandlung verzweifelter Obstipationsfälle, nebst Mitteilung einer neuen einfachen Methode. (v. Langenbecks Arch. Bd. 104. Heft 3.
36. Schmidt, Meinhard, Über Darmvorfälle aus Kotfisteln und Kunstaftern, insbesondere zweihörnige „Hammerdärme“ (Franz König). Deutsche Zeitg. f. Chir. Bd. 126. p. 387.
37. *Schirokauer, Zur Phenolphthaleinprobe auf okkultes Blut nach Boas. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 29.
38. Schlössmann, Über chirurgische Erkrankungen durch Askariden. Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 90. Heft 3. p. 531.
39. *Stassoff, B., Experimentelle Untersuchungen über die kompensatorischen Vorgänge bei Darmresektionen. Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 89. Heft 2/3. p. 527.
40. Stone, Bernheim, Whipple, The experimental study of intestinal obstruction. Annals of Surg. Nr. 5.
41. Thorbecke, Walter, Über das familiäre Auftreten von Darmpolypen. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 126. p. 553.
42. Vogel, Beiträge zur Pathogenese des Ileus. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 25.
43. *Wagner, A., Zum Nachweis okkulter Blutungen in den Fäzes. Zentralbl. f. Chir. p. 1182.
44. — Ileus durch Gallensteine. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 130. p. 353.
45. v. Wiedhof, Die Splanchnoptose und ihre Behandlung. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 128. p. 1. (Literatur.)

Der vermehrten Bedeutung der Lehre von den okkulten Blutbeimengungen zum Stuhl zur Diagnose besonders des Duodenalgeschwürs trägt die Monographie von Boas (6) Rechnung. Schirokauer (37) hält die Phenolphthaleinprobe in gewissen Fällen für unzuverlässig. Boas (5) betont demgegenüber von neuem ihre Empfindlichkeit. Wagner (44) gibt zur Entdeckung okkulter Blutbeimengung ein einfaches Deckglasverfahren an, das eine Beschmutzung der Hände vermeidet.

Faltin (14), Demmer (9), Mauclaire (25) und Barjon et Dupasquier (3) bringen kasuistische Mitteilungen von Pneumatosis cystoides intestinorum. Besonders ausführlich wird von Faltin unter Zugrundelegung von 55 Fällen die Pathogenese, Klinik und Therapie dieses Leidens besprochen (Literatur). In den meisten Fällen findet sich ein Ulcus ventriculi oder duodeni, so dass ein ursächlicher Zusammenhang des Leidens mit Geschwürsprozessen angenommen werden muss. Die Blasen werden in jeder Gegend des Darmrohrs, meist am Dünndarm, und zwar am untersten Teil des Dünndarms, am zahlreichsten gegenüber dem Mesenterialansatz an der freien Seite beobachtet. Nachweis von Riesenzellen, nicht aber von Bakterien; trotzdem ist bakterielle Entstehung des Gases wahrscheinlich. Meist gehen zunehmende Darmstörungen lange voraus; sie führen schliesslich zu Stenosenerscheinungen. Resektion ist zu eingreifend; doch kann Enteroanastomose nötig werden.

Dencks (10) empfiehlt auf Grund von Beobachtungen am Menschen und von Tierexperimenten das Neohormonal dringend als stuhlförderndes Mittel; bei chronischen Fällen kommen Dauerwirkungen bis zu mehreren Jahren zur Beobachtung. Das neue Präparat ist von allen Albumosen befreit und hat daher Blutdrucksenkungen, wie sie bei dem alten beobachtet wurden, nicht mehr zur Folge. Frankenstein (16) tritt zur Vermeidung der postoperativen Darmlähmung für die Zuführung Peristaltik befördernden Mittel (Peristaltin) subkutan und per os nach gynäkologischen Operationen ein.

Chronische Verstopfung wird immer mehr Gegenstand chirurgischer Behandlung. Pauchet (31) empfiehlt Darmausschaltung. Duval und Roux (12) sehen ebenfalls von Darmausschaltungen Erfolge, mussten aber mehrfach zur Exstirpation des ganzen Kolon schreiten. Ähnlich Pringle (34). E. Ruge (35) legte bei zwei Fällen mit gutem Erfolg

eine Ileosigmoideostomie an. Oberhalb der Einpflanzung des zuführenden Ileumendes wurde ein Faszienstreifen so eng um die Flexur gelegt, dass die Schleimhaut im Inneren ohne Schnürung aufeinander lag, so dass ohne Herbeiführung eines völligen Verschlusses das Zurückfliessen von dünnem Darminhalt mit Sicherheit vermieden wurde. Burrows (7) empfiehlt an Stelle aller dieser zum Teil nicht ungefährlichen Eingriffe die intraabdominelle Eingiessung von Petroleum bis zu 300 ccm.

Die schönen und umfangreichen Untersuchungen von Stassoff (39) an Hunden ergeben, dass nach Resektion eines Darmabschnitts in den übrigen Teilen des Darmrohrs kompensatorische Erscheinungen eintreten, die von der Länge des resezierten Teiles abhängig sind und bei ausgedehnter Resektion nicht immer genügen, den Defekt ganz zu kompensieren. Die Kompensation kann funktionell oder hypertrophisch sein. Die hypertrophische Kompensation wird am Dünndarm kenntlich durch eine Verkürzung des Darms, Erweiterung des Lumens, Verdickung der Wand, besonders der Schleimhaut; am Dickdarm stellt sich eine Erweiterung des Lumens, verbunden mit Verdünnung der Wand ein. Defekte des Ileum werden durch das Jejunum und zum Teil durch den Magen und das Duodenum kompensiert, Defekte des Jejunum hauptsächlich durch den Dickdarm. Defekte des Dickdarms, die vom Organismus leicht überstanden werden, durch den Dünndarm, ausgedehnte Resektionen des Jejunum und Ileum auch durch den Magen. Die vollständige Resektion des Duodenum wird äusserst schlecht überstanden. Völlige Kompensation ist nicht möglich.

Nach Finsterer (15) ist die partielle Darmausschaltung (Enteroanastomose, unilaterale Darmausschaltung) besser durch die totale Darmausschaltung zu ersetzen. Dabei ist das Einnähen beider Darmlumina in allen Fällen, auch bei bestehenden Kotfisteln, dem blinden Verschluss unbedingt vorzuziehen. In den Fällen, in denen durch die totale Ausschaltung keine völlige Heilung des Leidens erzielt werden kann, ist sie als wertvolle Palliativoperation zu betrachten, da nach Zurückgehen der entzündlichen Verwachsungen die Exstirpation des Krankheitsherdes in einer zweiten Operation möglich und weniger gefährlich gemacht wird. Sie kommt damit an Bedeutung der zweizeitigen Resektion des Dickdarmkarzinoms gleich.

Pribram (33) gelang es, durch intraabdominale Einspritzung von Glaskörper, den er aus Kalbsaugen gewonnen, bei Katzen und Hunden die Bildung von peritonealen Adhäsionen zu verhindern oder doch herabzusetzen.

Payr (32) beschreibt seinen starken Elektromagneten, mit dem er nach Füllung des Magendarmkanals mit geeigneten Eisenverbindungen mannigfaltigsten diagnostischen und therapeutischen Aufgaben der Magendarmpathologie näher tritt.

2. Radiologie des Magendarmkanals.

1. *Albu, A., Die Röntgendiagnostik der Verdauungskrankheiten in klinischer Bewertung. Med. Klinik. 9. p. 366.
2. Barsony, Theodor, Über Röntgenbefunde nach Pylorusausschaltung. Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 88. Heft 3. p. 473.
3. *v. Bomhard, Röntgenbehandlung inoperabler Magen- und Darmkarzinome. Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 95. Heft 3. 1915. p. 601. Verh. d. Vereinig. bayr. Chirurgen. IV. Vers.
4. Case, X ray observations on colonic peristalsis and antiperistalsis, with special reference to the ileocolic valve. Med. Record. New York. Vol. 85. Nr. 10. March 7.
5. *Carmann, Radiologic signs of duodenal ulcer. With special reference to gastric hyperperistalsis. Journ. of the Amer. med. Assoc. LXII. Nr. 23.
6. Clark and Busby, Value of roentgen analysis of gastrointestinal tract in some types of so-called functional nervous disorders. Journ. of the Amer. med. Assoc. LXII. Nr. 6. (Verf. stellen einen Zusammenhang zwischen Epilepsie und Störungen der Bauchorgane fest.)
7. Cohn, Die Gastrostomie im Röntgenbilde. Fortschritte a. d. Gebiete d. Röntgenstrahlen. Bd. 22. Heft 4.
8. *Cohn, Max, Die Bedeutung der Röntgenuntersuchung für die Erkrankungen des Darmes. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. Nr. 8.
9. David, Dilatationen des Duodenum im Röntgenbild bei direkter Füllung. Fortschr. a. d. Gebiete d. Röntgenstrahlen. Bd. 22. Heft 2.

10. Duval, Pierre, and J. Ch. Roux, Examen fonctionnel radiographique dans la caccosigmoidostomie latérale simple. Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris. p. 761.
11. George and Gerber, The practical application of the Röntgen method to gastric and duodenal diagnosis. Journ. of the Amer. med. Assoc. LXII. Nr. 14.
12. Groedel, Die Invaginatio ileocoecalis im Röntgenbild. Fortschr. a. d. Gebiet d. Röntgenstr. Bd. 22. Heft 2.
13. Hartert, W., Zur heutigen Wertung des Röntgenbildes in der Diagnostik chirurgischer Magenerkrankungen. Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 90. Heft 3. p. 549. (Besonders Krebs!)
14. Henszelmann, Eine einfache Aufnahmetechnik zur Röntgenuntersuchung der Baucheingeweide. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 44.
15. Kelling, Tastsonde für die Röntgenuntersuchung des Magens. Wiener klin. Wochenschrift. Nr. 28.
16. Lehmann, Ein Fall von Invaginatio ileocoecalis im Röntgenbilde. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstrahlen. Bd. 21. Heft 5.
17. Lippmann, C. W., The duodenum: a Röntgen study. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 19. Nr. 6.
18. Marcuse, E., Die Insuffizienz der Valvula ileocoecalis im Röntgenbilde. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 51.
19. *— Der röntgenologische Nachweis von Dünndarmstenosen. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 40.
20. *Müller, Duodenalerkrankungen im Röntgenbilde. Fortschr. a. d. Gebiete d. Röntgenstrahlen. Bd. 21. Heft 6.
21. Reichel, H., Röntgenbild und Operationsbefund bei Pyloruskarzinomen. Aus der chirurg. Privatklinik von Hofrat Dr. Krecke in München. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 2 u. 3.
22. *Schlesinger, E., Das röntgenologisch Erkennbare beim Ulcus duodeni. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 23.
23. Schneider, Vergleichende röntgenologische Untersuchungen über Form und Lage des Magens nach Aufblähung mit Kohlensäure und nach Eingabe der Bariumsulfatmahlzeit mit besonderer Berücksichtigung der Perkussion des aufgeblähten Magens. Fortschr. a. d. Gebiete d. Röntgenstrahlen. Bd. 22. Heft 3.
24. Schütz und Kreuzfuchs, Ein Fall von Rumination mit dem Röntgenbefund eines intermittierenden Sanduhrmagens. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 21.
25. *Schwarz, G., Klinische Röntgendiagnostik des Dickdarms und ihre physiologischen Grundlagen. Mit 108 Abbild. 153 S. 10 Mk. ungeb., 11 Mk. geb. Berlin, Julius Springer.
26. Strauss, Über die diagnostische Bedeutung des Nischensymptoms bei der radiologischen Magenbetrachtung. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 33. (Das Nischensymptom ist beweisend für das kallöse Magengeschwür.)
27. Urano, Eine wichtige Fehlerquelle bei Untersuchungen über die motorische Bedeutung des Magensäureinhaltes des Magens. Fortschr. a. d. Gebiete d. Röntgenstrahlen. Bd. 22. Heft 3.

Schwarz (25) bringt eine mit vorzüglichen Bildern ausgestattete Monographie über die Röntgendiagnostik des Dickdarms und ihre physiologischen Grundlagen.

Übersichten über die Röntgendiagnostik der Darmerkrankungen liegen vor von Max Cohn (8) und mit Einschluss der Magenerkrankungen von A. Albu (1). Die Röntgenergebnisse gestatten keine bindenden Schlüsse; nur im Verein mit dem klinischen Verfahren sind sie verwertbar (Albu). Die röntgenologische Untersuchung am Verdauungstraktus gibt nur da gute Resultate, wo die Kontrastmahlzeit längere Zeit verweilt. Daher sind die röntgenologischen Ergebnisse der Dünndarmuntersuchung unfruchtbar. Insbesondere finden Dünndarmstenosen jenseits des Duodenums nur selten im Röntgenbilde ihre Darstellung, da diese Veränderungen wegen der flüssigen Beschaffenheit des Darminhalts erst spät eine Obturation hervorrufen; wenn aber einmal eine Obturation eingetreten ist, so sind die Erscheinungen so stürmisch, dass man auf den Radiologen verzichtet, und sofort der Chirurg in Aktion tritt. Die Röntgenologie der Darmkrankheiten beschäftigt sich also abgesehen vom Duodenum nur mit dem Dickdarm. Die Probemahlzeit und der Kontrasteinlauf ergänzen sich; oft müssen sie kombiniert benutzt werden. Die Peristaltik bewirkt keine ständige Vorwärtsbewegung des Darminhalts. Ebenso rasch wie der Chymus die Dünndarmschlingen durchwandert, so langsam wird der Darminhalt im Colon verarbeitet. Die Peri-

staltik wirkt hier so, dass der Darminhalt durchgeknetet und dann durch eine einmalige grosse Vorwärtsbewegung weit vorgeschoben oder ausgestossen wird. Die tonischen Verhältnisse des Dickdarms, Geschwülste, Divertikel, Hirschsprungsche Krankheit, Cökumtuberkulose, Stenosen u. a. sind einer Kontrolle und zum Teil der Entdeckung durch das Röntgenverfahren zugänglich (Cohn).

Nach Marcuse (19) trifft die Unfruchtbarkeit des Röntgenverfahrens für die ersten und letzten Dünndarmpartien nicht ganz zu. Als charakteristische Zeichen von Stenosen in dieser Gegend zeigen sich 1. Füllungsdefekt, 2. Retention in den zuführenden Schlingen 3. veränderte Peristaltik der zuführenden Schlinge und 4. Erweiterung der zuführenden Schlinge.

Für die Diagnose des Ulcus duodeni legt Müller (20) den grössten Wert auf die Dextroposition des Antrum, Carmann (5) auf die gastrische Hyperperistaltik im Verein mit Residuen im Magen nach sechs Stunden. Schlesinger (22) fasst seine Erfahrungen in ähnlichem Sinne zusammen.

v. Bomhard (3) schliesst aus seinen Beobachtungen bei der Röntgenbehandlung inoperabler Magen- und Darmkarzinome, dass jeder operable Krebs der Operation zu unterziehen und darnach zu bestrahlen ist, dass jeder inoperable Krebs intensiv zu bestrahlen ist. Bei vielen geringen Erfolgen bei inoperablen Krebsen kamen vereinzelte sehr erfreuliche Ergebnisse vor. Die Technik wird beschrieben.

Ausser den oben noch angeführten hier nicht erwähnten Sonderarbeiten über Magendarmröntgenologie finden sich auch in den in der Folge bei den einzelnen Organen besprochenen Arbeiten viele kennenswerte Röntgenbeobachtungen und Hinweise.

3. Magen und Dünndarm.

1. *Alberts, Georg, Ein Beitrag zur operativen Behandlung der akuten Magenblutungen. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 130. p. 398.

1a. *Anschütz, Zur Prognose des Magenkarzinoms. Verh. d. Deutsch. Ges. f. Chir. I. p. 273.

2. *Báron, Alexander, Zur experimentellen Pathologie des Magengeschwürs. Bruns' Beitr. z. klin. Chir. Bd. 88. Heft 3. p. 484.

3. *Barsony, Beiträge zur Diagnostik des postoperativen jejunalen und Anastomosen ulcus. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 29.

4. *Bastianelli, Pietro, L'esclusione pilorica e le sue indicazioni. Clin. chir. XXII. p. 815.

5. Baum, Zur operativen Behandlung des Ulcus der kleinen Kurvatur. Zentralbl. f. Chir. 273.

6. *— H. L., Diagnostische Eigentümlichkeiten der Karzinome des Magenkörpers. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 31.

7. Beck, Gastroenterostomy by a plastic flap. Journ. of the Amer. med. Assoc. Vol. 62. Nr. 12.

8. *Billeter, A., Die Häufigkeit der sekundären Magenkarzinome bei dem Ulcus ventriculi. Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 15. Heft 2.

9. Bland-Sutton, John, Linitis plastica or leather-bottle stomach. Brit. med. Journ. 31. Jan. (Auf karzinomatöser Grundlage.)

10. Boas, J., Wesen und Behandlung der gutartigen Pylorusstenose. Med. Klinik Nr. 1. p. 5.

11. *— Über das Vorkommen und das Verhalten der okkulten Blutungen beim Ulcus ventriculi und duodeni. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 23.

12. *Bode, Friedrich, Zur Ätiologie des runden Magen- und Duodenalgeschwürs. Bruns Beitr. Bd. 93. p. 68.

13. *Bonhoff, Friedrich, Über Verdauungsleukozytose bei Carcinoma und Ulcus ventriculi. Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 92. Festschrift Hamburg-Eppendorf. p. 760.

14. *Borszeky, Karl, Divertikelbildung am Magen durch peptisches Geschwür. Zentralbl. f. Chir. p. 969.

15. Brown, Spencer, The etiology and surgical treatment of gastric and duodenal ulcer. Med. Record. New York. Vol. 85. Nr. 12.

16. *Brun, Hans, Gastroduodenostomie bei Ulcus. Zentralbl. f. Chir. p. 140.

17. *Brüning, Aug., Beitrag zur Technik der Pylorusausschaltung beim Ulcus ventriculi. Aus der chir. Univ.-Klinik zu Giessen. Prof. Poppert. Münchn. med. Wochenschrift. Nr. 20.

18. Burke, J., A contribution to the pathology of duodenal ulcer. Buffalo med. Journ. Febr.
19. Carnelli, R., Traumatische Perforationsperitonitis bei einem ambulanten Typhuskranken. v. Langenbecks Arch. Bd. 104. Heft 1.
20. *Deaver, E., Gastric haemorrhage. Surg., Gyn. and Obst. Chicago. March.
21. *Decker, Über eine seltene, postoperative Komplikation nach Gastroenterostomie. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 18.
22. *Delore, X., et P. Santy, Castrectomie dans le cancer de l'estomac. Lyon chir. Tome 11. p. 113. (Umfassende Arbeit.)
23. — — Gastrectomie dans l'ulcère de l'estomac. Lyon chir. Tome 11. p. 221.
24. *Dobbertin, Dr., Gastroduodenostomie oder Gastrojejunostomie bei Ulcus. Erwiderung auf „Hans Brun usw.“ Zentralbl. f. Chir. p. 140. “Zentralbl. f. Chir p. 421.
25. *Ehrlich, F., Zur Nachbehandlung der wegen Ulcus duodeni oder pylori Operierten. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 10.
26. Einhorn, An appliance for the introduction of instruments into the stomach. Med. Record. Vol. 85. Nr. 10. March 7. (Zur Entnahme von Magen- und Duodenalsaft.
27. Enriyues et A. Gosset, Remarques sur l'exclusion du pylore. Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris. p. 331.
28. Eschbaum, Über Kardiospasmus. Med. Klinik. Nr. 4. p. 146.
29. *D'Este, Stefano, Piloro-plastica con trapianto libero di lembo aponeurotico-muscolare. Cli. chir. XXII. p. 872.
30. *Faulhaber, Zur Frage des Sechsstundenrestes bei pylorusfernem Ulcus ventriculi. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 29.
31. — M., und v. Redwitz, Über den Einfluss der „zirkulären Magenresektion“ auf die Sekretion und Motilität des Magens. Med. Klinik. Nr. 16. p. 680. (Erheblich herabgesetzte Salzsäurewerte.)
32. *— — Zur Klinik und Behandlung des „pylorusfernen“ Ulcus ventriculi. Mitteil. a. d. Grenzgebieten d. Med. u. Chir. Bd. 28. Heft 1.
32a. *Federmann, Karzinom trotz Resektion wegen Ulcus ventriculi. Verhandl. d. Deutsch. Ges. f. Chir. I. p. 270.
33. *Finney, J. M. F., and J. Friedenwald, Thirteen years' experience with pyloroplasty. A study of one hundred cases. Surg., Gyn. and Obst. Chicago. March.
34. Finsterer und Glassner, In die Milz penetrierendes Ulcus der grossen Kurvatur des Magens. Mitteil. a. d. Grenzgebieten d. Med. u. Chir. Bd. 27. Heft 1. (Mit Erfolg in örtlicher Schmerzbetäubung operiert.)
35. — H., Zur Technik der Magenresektion. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 128. p. 514. (Eigenes Verfahren ähnlich Billroth II.)
36. Florowsky, W. W., Zur Frage der akuten Perforationen des Ulcus rotundum ventriculi et duodeni. v. Langenbecks Arch. Bd. 103. Heft 4.
37. Freund, Gastrospasmus bei Urämie. Fortschr. a. d. Gebiete d. Röntgenstrahlen. Bd. 22. Heft 4.
38. *Friedrich, Die Radikaloperation des Karzinoms der Kardia und des abdominalen Ösophagus. Zentralbl. f. Chir. p. 846.
39. *Galpern, J., Die Dauerresultate der Pylorusausschaltung. Aus der chirurg. Abteil. des Semstwokrankenhauses zu Twer, Russland. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 26.
40. Gang, Marcell, und Paul Klein, Zur klinischen Verwendbarkeit der Duodenalsonde. Med. Klinik. Nr. 18. p. 768.
41. Gelpke, L., Sanduhrmagen nach Ulcus der kleinen Kurvatur. Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte. Nr. 13. (In der Ätiologie oft nervöse Belastung.)
42. *Gossmann, Über das tuberkulöse Magengeschwür. Mitteil. a. d. Grenzgebieten d. Med. u. Chir. Bd. 26. Heft 5.
43. *Grosser, Max, Zur Dauerausheberung des Magens. v. Langenbecks Arch. Bd. 103. Heft 4.
43a. *Gulecke, Ergebnisse der Pylorusausschaltung durch Fadenumschnürung. Verhandl. d. Deutsch. Ges. f. Chir. II. p. 21.
44. *Gundermann, Wilhelm, Über experimentelle Erzeugung von Magen- und Duodenalgeschwüren. v. Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 90. Heft 1.
44a. *v. Haberer, Multiplizität des Ulcus ventriculi. Verhandl. d. Deutsch. Ges. f. Chir. I. p. 269.
45. Harris, Constrictions of the duodenum. Journ. of the Amer. med. Assoc. Vol. 62. Nr. 16.

46. *Hart, C., Über das Ulcus duodeni. Med. Klinik. 9. p. 363.
47. *Hartmann, H., Les bouches gastro-intestinales dans les cas de pylore perméable. Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris. p. 798.
48. *— The function of the gastro-enterostomy in cases of permeable pylorus. Annals of Surg. Nr. 6. Amer. Surg. Assoc. number.
49. *— et Lecène, Ulcère de l'estomac et du duodenum. Annals internat. de chir. gastro-intestinale. Nr. 2.
49a. *Handek-Wien, Über die weiteren Schicksale operierter und nichtoperierter Patienten mit tiefgreifenden Geschwüren des Magenkörpers auf Grund von 250 eigenen Beobachtungen. Ein Beitrag zur Indikationsstellung. Verhandl. d. Deutsch. Ges. f. Chir. I. p. 268.
50. *v. Herczel, Kritik der verschiedenen Operationsverfahren bei Magen- und Duodenumgeschwüren. Pester med.-chir. Presse. Nr. 1.
51. Hirschel, G., Die Resektion des Duodenums mit der Papille wegen Karzinoms. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 31.
52. *Hohlbaum, J., Beiträge zur funktionellen Magendiagnostik. (v. Langenbecks Arch. Bd. 104. Heft 4.
53. *Holzknecht und Haudeck, Über das Verhalten der Magenmotilität beim Ulcus ventriculi und duodeni. Fortschritte a. d. Gebiete d. Röntgenstrahlen. Bd. 21. Heft 6.
54. *Houdard, L., L'ulcère simple du duodénum (non perforé). Thèse de Paris. G. Steinheil. 1913. p. 206.
55. *Kaspar, Fritz, Über primäre Karzinome des mittleren Jejunums. Deutsche Zeitschrift f. Chir. Bd. 128. p. 595.
56. — Ein Zylindrom des Meckelschen Divertikels. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 128. p. 612.
57. *— Zur Klinik und chirurgischen Behandlung des chronischen Ulcus duodeni. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 131. p. 531.
58. *Kehrer, Über die Ursache des runden Magengeschwürs. Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 27. Heft 4.
59. Keller, R., Über retroperitoneale Duodenalrupturen. Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 90. Heft 2.
60. *Keller, Katharina, Zur Pathogenese und Therapie der Magentuberkulose. Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 88. Heft 3. p. 586.
61. *Kemp, Beitrag zur Pathologie und Therapie des Magengeschwürs. Ulcus chron. juxtapyloricum, dessen Diagnose und Behandlung. Mitteil. a. d. Grenzgebieten d. Med. u. Chir. Bd. 27. Heft 3.
62. Klaussner, F., Gastropexie nach Rovsing. Aus den Verhandl. d. Vereinig. bayr. Chirurgen. 3. Vers. München, 12. Juli 1913. Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 88. (Gegen Gastroptose mit gutem Erfolg.)
63. Kocher, Theodor, Ein Fall von Magenvolvulus. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 127. p. 591.
63a. *Konjetzny, Beziehungen der chronischen Gastritis zum Magenkarzinom. Verhandl. d. Ges. f. Chir. I. p. 65.
63b. — Über die anatomischen Grundlagen der okkulten Blutungen beim Magenkarzinom. Verhandl. d. Deutsch. Ges. f. Chir. I. p. 271.
64. v. Kovats, Josef, Über die nichtoperative Behandlung der narbigen Pylorusstenose. Med. Klinik. 11. p. 456. (Fibrolysin!)
65. *Krabbel und Geinitz, Beiträge zur Chirurgie der gutartigen Magenerkrankungen. Mitteil. a. d. Grenzgebieten d. Med. u. Chir. Bd. 27. Heft 5.
66. *Kümmell, H., Zur Pathologie und Chirurgie des Ulcus duodeni. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 23 u. 24.
67. *— Zur Chirurgie des Ulcus duodeni. Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 92. Festschr. Hamburg-Eppendorf. p. 290.
68. *Küttner, Hermann, Beiträge zur Chirurgie des Magens auf Grund von 1100 in sieben Jahren behandelten Fällen. Arch. f. klin. Chir. Bd. 105. Heft 4. p. 789. Verh. d. Deutsch. Ges. f. Chir. II. p. 459.
69. Marshall, A report of ten cases of acute perforating gastric and duodenal ulcer. Med. Record. New York. Vol. 85. Nr. 11.
70. Martin, Perforating gastric and duodenal ulcers. Annals of Surg. Nr. 4.
71. *Mayo, W. J., The radical operation for cancer of the pyloric and of the stomach. Surg., Gyn. and Obst. Nr. 6. (Die einzeitige Operation wird bevorzugt.)

72. Melchior, Eduard, Zur Kenntnis der Fremdkörper des Duodenum. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 127. p. 473.
73. — Kongenitale tiefe Duodenalstenose bedingt durch Situs inversus partialis. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 25.
74. — Über den sogenannten arterio-mesenterialen Duodenalverschluss. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 38 u. 39. (Arterio-mesenterialer Duodenalverschluss kommt nicht vor; es handelt sich um Atonia gastroduodenalis acuta besonders nach Stenose.)
75. — und Weil, Zur Frage der Gefährdung des Duodenalstumpfes bei der Magenresektion Billroth II. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 15.
76. *Mertens, G., Pyloroplicatio et Pylorotorsio. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 129. p. 262.
77. Meyer, Willy, Zur Behandlung des Duodenalstumpfes bei der Resektionsmethode. Billroth II. Zentralbl. f. Chir. p. 54.
78. Myer, Polyposis gastrica (Polyadenoma). Journ. of the Amer. med. Assoc. Vol. 61. Nr. 22. 1913.
79. Neugebauer, Fr., Zur Technik der Magenresektion. Zentralbl. f. Chir. p. 1538.
80. Nicolaysen, The value of Gluzinskis test in the diagnosis of gastric ulcer. Annals of Surg. Nr. 6. Amer. Surg. Assoc. number.
81. Nonnenbruch, W., Sanduhrmagen bei nicht tiefgreifenden Ulcus ventriculi. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 31. (Funktionell bedingt.)
82. *Oliva, C., e G. Paganelli, Sull' esclusione del piloro con bandelette aponeuritiche e con manicotti d'omento peduncolati. Clin. chir. XXII. p. 835.
83. *Paterson, The operation of gastrojejunostomie and the principles which should determine its use. Surg., Gyn. and Obst. Chicago. April.
84. *Pauchet, Diagnostic du cancer stomacal. Arch. prov. de chir. Nr. 2.
85. *Payr, Zur Indikationsstellung der operativen Behandlung des Ulcus callosum ventriculi. Zentralbl. f. Chir. p. 1065.
86. *Perthes, Georg, Zur chirurgischen Behandlung des Magengeschwürs, nebst Mitteilungen zur Technik der Magenresektion. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 129. p. 464. Verh. d. Deutsch. Ges. f. Chir. II. 34.
87. Pers, Alfred, Über die operative Behandlung des Sanduhrmagens. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 32.
88. Petraschewskaja, Zur Frage der Behandlung des perforierten Magen- und Duodenalgeschwüres. Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 89. Heft 2/3. p. 516.
89. *Pfanner, Kasuistischer Beitrag zur Kenntnis der tuberkulösen Pylorusstenosen. Mitteil. a. d. Grenzgebieten d. Med. u. Chir. Bd. 28. Heft 1.
90. Pokotilo, W., Über quere Bauchschnitte bei Magenoperationen. Chirurgia. Bd. 35. p. 248. (Russisch.)
91. *Pólya, E., Zur Frage der Pylorusausschaltung. Zentralbl. f. Chir. p. 420.
92. *De Quervain, Die Diagnose des Magen- und Duodenalgeschwürs. Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte. Nr. 25—27. Vortrag a. d. IV. Internat. Chirurgenkongr. New York, 13.—16. April. Ref. Zentralbl. f. Chir. p. 935.
93. Martin, E., Rehfuss, Olaf Bergheim and Philip B. Hawk, Gastrointestinal studies. I. The question of the residuum found in empty stomach. Journ. of the Amer. med. Assoc. Vol. 53. Nr. 1. p. 11. (Der Rückstand im nüchternen, gesunden Magen beträgt 30—70 g.)
94. Richter, Rudolf, Über Volvulus ventriculi bei Sanduhrmagen. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 131. p. 90.
95. — Congenital pyloric stenosis. Journ. of the Amer. med. Assoc. LXII. Nr. 5.
96. *Roedelius, E., Bericht über die während der letzten drei Jahre chirurgisch behandelten Magenerkrankungen. Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 92. Festschr. Hamburg-Eppendorf. p. 277.
97. *Rosenow, The production of ulcer of the stomach by injection of streptococci. Journ. of the Amer. med. Assoc. Vol. 61. Nr. 22. 1913.
97a. v. Saar, Phlegmonöse Veränderungen des Magendarmkanals. Verhandl. d. Deutsch. Ges. f. Chir. II. p. 820.
98. *Schiassi, B., La resezione subtotale dello stomaco. 50 S. Grossquart mit 10 Abbild. im Text und 8 Röntgenphotogrammen mit Pausen. Bologna, Gamberini e Parmeggiani.
99. *Schlesinger, H., Die Pylorustuberkulose und der tuberkulöse Wandabszess des Magens. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 18.

100. *Schmieden, Ehrmann und Ehrenreich, Moderne Magendiagnostik an Hand von 40 operierten Fällen geprüft. Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 27. Heft 3.
101. *Schnitzler, Julius, Über Magenchirurgie. Med. Klinik. Nr. 16. p. 668.
102. *Schoemaker, J., Über das perforierte Magengeschwür. Zentralbl. f. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 18. Heft 1. S. 83.
103. *Schwarz, Karl, Beiträge zur Kasuistik und chirurgischen Therapie des peptischen Jejunalgeschwürs. v. Langenbecks Arch. Bd. 104. Heft 3.
104. Scudder, Stenosis of the pylorus in infancy. Annals of Surg. Febr.
104a. *Seidel, Experimentelle und klinische Studien über Ausschaltung von Magengeschwüren durch Übernähen. Verhandl. d. Deutsch. Ges. f. Chir. I. p. 264.
105. *Speese, Sarcoma of the small intestine. Annals of Surg. Nr. 15.
106. *Storch, Bruno, Über Magen- und Dünndarmsarkome. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 128. p. 219.
107. *Struthers, J. W., Spontaneous recovery after perforation of duodenal ulcer. Edinb. med. Journ. Vol. 12. Nr. 1. Jan.
108. *v. Tappeiner, Zur Frage der Pylorusausschaltung. Experimentelle Untersuchungen. Bruns Beitr. Bd. 93. Heft 1. p. 146.
109. Treplin, Ein Phytotrichobezoar. Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 92. Festschr. Hamburg-Eppendorf. p. 317.
110. Udinzew, F. A., Ein Fall von multiplen Dünndarmstenosen infolge primärer Neubildung des Darmes. Praktischeski Wratsch. Nr. 5 u. 6.
111. Veber, L., Klinisches über Magenverätzung. Inaug.-Diss. Strassburg 1913.
112. Verbrycke, Russell, Ulcer of the lesser Curvature. Med. Record. 1. August. New York.
112a. *Vogel R., Zur Ätiologie des Ulcus ventriculi. Zentralbl. f. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. XVIII. H. 5. (Kritisches Sammelreferat mit Literatur.)
113. Wagner, A., Zur operativen Behandlung des Sanduhrmagens infolge Ulcus der kleinen Kurvatur. Zentralbl. f. Chir. p. 1067.
114. Van de Wiele, L., Des brûlurs de l'estomac par ingestion de liquides caustiques. Soc. méd. chir. d'Anvers. Annals 1912/13. p. 9—13. (Bei Zeichen von Peritonitis sofort operieren!)

Übersichten über ihre Erfahrungen in der Magenchirurgie geben Küttner (68), Schnitzler (101) und Roedelius (96).

Hohlbaum (52) untersuchte die Proben, die über die Magenfunktion bei Geschwür und Krebs Aufschluss geben, besonders ausgiebig die Salomon- und Gluzinski-Probe, denen er hohe Bedeutung beimisst. Vertreter der inneren Medizin und Chirurgie, Schmieden, Ehrmann und Ehrenreich (100) arbeiteten zusammen, um die Sicherheit der neuzeitlichen Magendiagnostik festzustellen, deren Ergebnisse sie durch Autopsie bei der Operation nachprüften. Die Gastroskopie muss vorläufig noch als ein oftmals recht belästigendes und nicht völlig gefahrloses Verfahren bezeichnet werden. Der diagnostische Wert der Röntgenuntersuchung bedarf keines Beweises mehr; ebenso wird die diagnostische Bedeutung der Sekretions- und Motilitätsuntersuchung des Mageninhalts bestätigt. Die Würdigung aller Verfahren, eingeschlossen die Vorgeschichte, gestattet eine schnelle und sichere Diagnose des Magenkrebses. Eine Differentialdiagnose indes zwischen dem Geschwür der Pförtnergegend und dem Geschwür des Zwölffingerdarmes ist für gewöhnlich nicht mit Bestimmtheit zu stellen.

Den breitesten Raum nimmt das **Magen-** und **Duodenalgeschwür** ein. Allgemeine Bearbeitungen über das Duodenalsystem bringen vor allem Kümmell (66 und 67) und in französischer Sprache monographisch Houdard (54).

Nach Hartmann und Lecène (49) kommen in Frankreich bei klinischer Beobachtung auf 8—10 Magengeschwüre ein Duodenalgeschwür, während Hart (46) in Deutschland bei Leichenuntersuchungen auf ein Magengeschwür ein Duodenalgeschwür findet.

Die Forschung nach der Entstehung des Magen-Duodenalgeschwürs bringt einige neue Gesichtspunkte. Gundermann (44) macht ihre Abhängigkeit von primärer Leberschädigung experimentell wahrscheinlich. Kehrer (58) führt durch Unterbindung des Ductus choledochus und der Pankreasausführungsgänge eine starke Steigerung der Azidität des Duodenalinhalts und damit einen heftigen, langdauernden Pylorusverschluss herbei. Es entstehen lebhafte Kontraktionen der Muskulatur mit Abklemmung feinster

Schleimhautarterien und als deren Folge bei dem stark saueren, stagnierenden Mageninhalt Schleimhautgeschwüre. Bode (12) schliesst sich der Roessleschen Auffassung an, dass es sich um eine Art „zweite Krankheit" handelt, der eine Reihe von „Quellenaffektionen" zugrunde liegen können. Unter diesen Quellenaffektionen steht die Appendizitis an erster Stelle. Das vermittelnde Glied von der Quellenaffektion zum Geschwür ist die Vagusreizung mit folgendem Spasmus der Muscularis mucosae, der eine ischämische Nekrose erzeugen kann, so dass die befallene Schleimhaut der Einwirkung der Verdauungssäfte keinen Widerstand entgegensetzen können. Auch Kümmell (66 und 67) fand beim Duodenalgeschwür so häufig Appendizitis, dass er für die Entstehung des Duodenalgeschwürs embolische Vorgänge von der Appendix aus annimmt. Rosenow (97) erzeugt durch die Einspritzung von Streptokokken auf hämatogenem Wege Magen-Duodenalgeschwüre. Báron (2) gelang es, allein durch Gefässunterbindungen beim Hunde Magengeschwüre hervorzurufen. Der ulzerierende Prozess steht in direktem Verhältnis zur Zirkulationsstörung, im umgekehrten Verhältnis zur Resistenz der Magengegend. Vogel (112a) bringt ein kritisches Sammelreferat zur Pathogenese des Ulcus.

Die Magengeschwürsdiagnose ist nach der lesenswerten Arbeit von De Quervain (92) in der Regel positiv, die Duodenalgeschwürdiagnose wird meist per exclusionem gestellt. Keines der positiven Zeichen ist für sich allein beweisend. Röntgendiagnostik, kritisch angewandt, ist der grösste Fortschritt in der Erkennung des Geschwürs. Das charakteristische Zeichen des Magengeschwürs ist die Nische, des Krebses die Aussparung; eine sichere Röntgendiagnose des Duodenalgeschwürs ist nicht möglich.

Kemp (61) kommt ähnlich Schmieden, Ehrmann und Ehrenreich zu dem Schluss, dass sich diesseits und jenseits des Pylorus liegende Geschwüre weder durch die Anamnese, noch durch den objektiven Befund mit Sicherheit unterscheiden lassen; nur der Sitz des Schmerzes rechts von der Mittellinie spricht für Ulcus duodeni, ohne jedoch den Sitz am oder links des Pylorus auszuschliessen. Die Benennung des Geschwürs nach dem Vorschlage Fabers, Ulcus chronicum juxtapyloricum ist daher berechtigt. Auch Holzknecht und Haudeck (53) kommen bei ihren Untersuchungen über die Magenmotilität beim Ulcus ventriculi und duodeni zu ähnlichen Ergebnissen.

Die wichtigsten Krankheitszeichen sind nach Kümmell (66 und 67) lange Dauer des Leidens mit Periodizität, Hunger- und Nachtschmerz, Druckschmerz rechts der Mittellinie, Blut im Stuhl, Hyperchlorhydrie und Hypersekretion, röntgenologisch Gastroptose, Dauerbulbus, wogende Peristaltik und trotz schnellen Übertritts des Mageninhalts in das Duodenum Sechsstundenrest. Nichtoperative Behandlung hat nur ausnahmsweise Aussicht auf Erfolg. Operativ empfiehlt sich am meisten Gastroenterostomie mit Pylorusausschaltung. Die Ausschaltung wird durch Umschnürung mit dem Lig. teres vorgenommen, das am Nabel abgetrennt mit der Leber im Zusammenhang bleibt.

Faulhaber (30) ist überzeugt, dass die Motilität beim Magengeschwür normal ist, so dass sich der Satz vom Sechsstundenrest beim pylorusfernen Geschwür nicht mehr aufrecht erhalten lässt.

Boas (11) sieht den Schwerpunkt der Diagnose im Nachweis des dauernden okkulten Blutbefundes, für die er besonders die verbesserte Phenolphthaleinprobe empfiehlt (siehe darüber auch oben Allgemeines).

Operativ soll das Magengeschwür erst angegriffen werden, wenn alle inneren Verfahren versagen, Schnitzler (101). Das Verfahren der Wahl ist die Gastroenterostomie [Küttner (68) und Krabbel und Geinitz (65)], die jedoch nach Schnitzler und v. Herczel (50) nur bei Ausgangsverengerung angewendet werden soll. Perthes (86) zieht auf Grund seiner Erfahrungen grundsätzlich die Resektion vor, die bei kallösen Geschwüren und pylorusfernen Geschwüren von allen Seiten anerkannt wird [für das kallöse Geschwür Payr (85) und für das pylorusferne Geschwür Faulhaber und Redwitz (32)]. Auf Grund von Nachuntersuchungen von 250 teils operierten, teils nichtoperierten Fällen von Magengeschwüren ist Haudeck (49a) ein begeisterter Anhänger der Operation überhaupt, insbesondere aber der Querresektion. Doch schützt auch die Resektion nicht sicher vor dem Auftreten von Magenkrebs, was Federmann (32a) bei zwei Fällen erlebte. Seidel (104a) schaltet geeignete Magengeschwüre mit Erfolg durch Umstechung ringsherum und durch Übernähung aus und fügt die Gastroenterostomie zu.

Das Ulcus duodeni fordert ausser der Gastroenterostomie die Pylorusausschaltung v. Herczel (50) u. a. Kaspar (57) wandte dazu die unilaterale Ausschaltung nach v. Eiselsberg an, sah jedoch im postoperativen Verlauf unangenehme dyspeptische Erscheinungen. Bastiannelli (4) ist mit dieser Art der Ausschaltung durchaus zufrieden. Brüning (17) modifizierte die Faszienstreifenumschnürung — ähnlich dem Verfahren Hoffmanns —

dadurch, dass er den Streifen nach Einschnitt durch Serosa und Muskularis unmittelbar auf die Aussenseite der Schleimhaut verlegte, dann Muskularis und Serosa darüber vernähte. Galpern (39) sah bei Nachprüfung der Faszienstreifenausschaltung befriedigende Ergebnisse. v. Tappeiner (109) weist auf Grund von Versuchsreihen Zweifel an der Wirksamkeit dieses Verfahrens zurück, wie sie von Oliva und Paganelli (82) auf Grund von Versuchen am Hundemagen von neuem geäussert werden. Gulecke (43a) sah bei Nachuntersuchungen, dass bei 9 von 11 Fadenumschlingungen, die $1/2$ bis 2 Jahre vorher angelegt waren, der Pylorus praktisch undurchgängig war (im Widerspruch zu den Ergebnissen des Tierexperiments). Brun (16), Dobbertin (24), Pólya (91) bringen Mitteilungen über eine Modifikation der Eiselsbergschen Pylorusausschaltung. Mertens (76) berichtet über seine Erfolge mit der zum selben Zweck vorgenommenen Pyloroplicatio und Pylorotorsio.

Paterson (83) findet nach der Gastroenterostomie eine grundlegende Änderung des Magenchemismus und erklärt dadurch die Heilwirkung der Gastroenterostomie beim pylorusfernen Ulcus. Er hält daher beim Duodenalgeschwür die Pylorusausschaltung für überflüssig.

Nach Hartmann (47 und 48) hängt das Nichtfunktionieren der Anastomose nach Gastroenterostomie bei offenem Pylorus von zu grosser Entfernung der Anastomosenöffnung vom Pylorus ab. Verschluss der Anastomosenöffnung ist die Folge vom Ausbleiben der prima intentio der Schleimhautwunden oder von sekundärer Geschwürsbildung. Ehrlich (25) hält eine strenge Nachbehandlung und lange Bettruhe der wegen Ulcus Operation für erforderlich, deren Einzelheiten er vorschreibt.

Das perforierte Duodenalgeschwür kann spontan heilen [Struthers (107)]; doch sind solche Glückszufälle Ausnahmen. Schoemaker (102) gibt eine Übersicht über das ganze Gebiet der Magengeschwürsperforation unter ausgiebiger Berücksichtigung und Anführung der Literatur.

Übereinstimmend mit der Mehrzahl der übrigen Autoren findet Billeter (8) und Konjetzny (63a), dass der sekundäre Übergang des Magengeschwürs zum Krebs selten ist 3—5%); demgegenüber wird nach Konjetzny die Rolle der chronischen Gastritis für die Ätiologie des Magenkarzinoms wesentlich unterschätzt.

Diagnostische Arbeiten über den Magenkrebs liegen vor von Baum (6) und Pauchet (84), therapeutische von Friedrich (38), Mayo (71), Delore et Santy (23) und Schiassi (98). Über die Prognose des Magenkarzinoms bringt Anschütz (1a) Zahlenzusammenstellungen.

Bonhoff (13) schliesst aus seinen Untersuchungen, dass in der Prüfung der Verdauungsleukozytose ein technisch einfaches Mittel zur Sicherung der Differentialdiagnose zwischen Magengeschwür und Magenkrebs vorliegt. Sie ist beim Geschwür fast stets nachzuweisen und fehlt ebenso oft beim Krebs.

Finney und Friedenwald (33) halten bei gutartigen Pylorusstenosen mit gutem Erfolg an der Pyloroplastik fest, deren Technik ausführlich beschrieben wird. D'Este (29) benutzte zur Pyloroplastik freie Faszienlappen.

Die Ursache von Magenblutungen entzieht sich nach Deaver (20) bei der Operation nicht zu selten dem Nachweis. Die Blutung aus akuten Geschwüren ist selten lebensbedrohlich und soll möglichst nicht operativ angegriffen werden, anders die Blutung aus chronischen Geschwüren mit harten Rändern und starr eingemauerten Gefässwänden. Auch Blutungen aus Karzinomen und Sarkomen sind selten profus. Bei der akuten Geschwürsblutung ist der operative Eingriff nicht angezeigt, dagegen soll zur Vermeidung einer Wiederholung operiert werden, wenn sich nach der Blutung ein Geschwür nachweisen lässt. Die Operation besteht bei der Blutung des Duodenalgeschwürs in Gastroenterostomie und Einhaltung des Duodenums über dem Geschwür, beim Pylorusgeschwür in der Exstirpation des Pylorus. Alberts (1) fügt beim blutenden Ulcus der Gastroenterostomie die Unterbindung der oberen und unteren Kranzarterien des Magens hinzu, ohne dass er schädliche Nebenwirkungen sah.

Barsony (3) bringt Beiträge zur Erkennung des postoperativen jejunalen und Anastomosenulcus. Nach Schwarz (103) entsteht das peptische jejunale Geschwür am seltensten nach der hinteren retrokolischen Gastroenterostomie ohne Schlinge. Bei Disponierten ist es jedoch auf keine Art sicher zu vermeiden. Das zweckmässigste Behandlungsverfahren ist die Exstirpation der Anastomose mit den Magen- und Jejunumsegmenten und die Anlegung einer neuen hinteren Anastomose an hoher Schlinge. Als seltenere Folge nach Gastroenterostomie wurde von Decker (21) eine Magen-Kolon-, sowie Magen-Dünndarmfistel beobachtet.

Bei Krankheiten, die mit dauerndem Erbrechen einhergehen, z. B. Ileus und Atonien, empfiehlt Grosser (43) die Daueraushebérung des Magens durch einen dünnen Magenschlauch, der durch das grössere Nasenloch eingeführt wird, liegen bleibt und mittelst Ableitungsrohr in ein Gefäss geführt wird. Die toxisch wirkenden Stauungsflüssigkeiten werden durch den Schlauch ohne Anstrengung für den Kranken aus dem geblähten Magen und den Därmen entfernt. Wegen Gefahr des Dekubitus kann sich zeitweise Herausnahme des Schlauches empfehlen.

Über Tuberkulose des Magens liegen Arbeiten vor von Pfanner (89), Gossmann (42), K. Keller (60) und Schlesinger (99), über bösartige Tumoren des Dünndarms von Storch (106), Kaspar (55) und Speese (105).

4. Dickdarm.

1. *Albu, A., Zur Kenntnis der Colitis ulcerosa. Mitteil. a. d. Grenzgebieten d. Med. u. Chir. Bd. 28. Heft 2.
2. *D'Arcy, Power, Ulcerative colitis and its surgical treatment by appendicostomy. St. Bartholomews hospital reports. Vol. 49.
3. Barrington-Ward, Congenital enlargement of the colon and rectum. Brit. Journ. of Surg. Vol. 1. Nr. 3. Jan. (Vier von fünf kindlichen Fällen durch Resektion geheilt.)
4. Baur, J., Darmverschluss bei Megalosigmoideum. Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte. Nr. 22. (Bei einem 56jährigen Mann, mit Erfolg behandelt durch Enteroanastomose.)
5. — et Bertein, Le cancer du gros intestin chez les jeunes sujets. Arch. gén. de chir. 6.
6. Clairmont, Die erweiterte Radikaloperation des Dickdarmkarzinoms. Verhandl. d. Deutsch. Ges. f. Chir. I. p. 248.
7. Cohn, Moritz, Cökumperforation bei tiefsitzendem Dickdarmverschluss. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 25.
8. *Dahl, R., Über Divertikulitis und Sigmoiditis. Hygiea. Bd. 76. Nr. 3. (Schwedisch.)
9. Eastman, An anatomic and physiologic method of short circuiting the colon. Journ. of the Amer. med. Assoc. Vol. 62. Nr. 10.
10. *— and Cole, Pericolitis sinistra. Annals of Surg. Jan.
11. Farr, Primary sarcoma of the large intestine. Annals of Surg. 1913. Dec. Anaesthesia number.
12. *Fuld, E., Die Behandlung der Colitis gravis mittelst Spülungen von der Appendikostomie aus. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 39.
13. Gant, S. G., Surgical myxorrhoea membranacea and myxorrhoea colica. Surg. Gyn. and Obst. Vol. 19. Nr. 6.
14. *Kohn, Hans, Über die multiplen Divertikel des Dickdarmes. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 20.
15. *Leveuf, Jaques, Le diverticule épiploique droit chez le nouveau-né, ses reliquats chez l'adulte (ligaments et voiles péricoliques). Revue de chir. XXXIV. Année. Nr. 1.
16. *Perthes, Georg, Über Hirschsprungsche Krankheit und abdominoanale Kolonresektion mittelst der Invaginationsmethode. Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 90. Heft 3. p. 515.
17. *Pilcher, A further contribution to the study of pericolic membranous films and bands. Annals of Surg. Jan.
18. *De Quervain, F., Zur Diagnose der erworbenen Dickdarmdivertikel und der Sigmoiditis diverticularis. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 128. p. 67.
19. v. Rauchenbichler, Rudolf, Zur Frage der primären Dickdarmresektion. Arch. f. klin. Chir. Bd. 105. Heft 1. p. 181—221.
20. *Schmidt, Adolf, Zur Kenntnis der Colitis suppurativa (gravis, ulcerosa). Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 27. Heft 1.
21. *Summers, Suggestions regarding the anatomy of and the surgical technic in the treatment of Jonnescos membran. Annals of Surg. Nr. 6. Amer. Surg. Assoc. number.
22. Tracinski, Walter, Über einen Fall von Hirschsprungscher Krankheit. Passagehindernis im Drainrohr des Anus praeternaturalis und Sprengung des letzteren durch den hypertrophischen Darm. Wiener klin. Rundschau. 28. Jahrg. Nr. 20. (Bei einem 72jährigen Mann.)

23. *Vorderbrügge, Über Beziehungen der Perikolitis zur sogenannten chronischen Blinddarmentzündung. Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 92. Festschr. Hamburg-Eppendorf. p. 457.
24. Welter, A., Beitrag zur Chirurgie der malignen Dickdarmgeschwülste (Rektum ausgenommen). Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 92. Festschr. Hamburg-Eppendorf. p. 475.
25. *Williams, Pericolic membranes and Lane's Kink. Annals of Surg. Jan.

Perikolitische Membranen sind fötalen Ursprungs und führen erst zu Krankheitszuständen (Atonie, Autointoxikation, Koliken, Verstopfung), wenn pathologische Prozesse von seiten des Dickdarms hinzukommen [Pilcher (17), Summers (21)]. Williams (25) unterscheidet zwischen Jacksonscher Membran und Lanes Kink. Die erste ist eine breite, von der hinteren und seitlichen Bauchwand unterhalb der Leber entspringende Membran und zieht von oben über Dickdarm und Blinddarm. Lanes Kink ist ein schmales Band, das von der rechten Darmbeingrube ausgehend über die Ileocökalgegend auf den Dünndarm übergeht. Behandlung Abtrennen der Bänder und Übernähung der Schnittstellen. Eastman and Cole (10) sehen das bis dahin stets rechts beobachtete Leiden auch linksseitig. Leveuf (15) hält die perikolischen Membranen für das Überbleibsel eines Netzfortsatzes, der sich beim Neugeborenen nachweisen lässt und sich im späteren Leben erhalten kann. Vorderbrügge (23) erkennt in den durch perikolische Membranen hervorgerufenen Erscheinungen ein typisches Krankheitsbild, die Perikolitis. Wichtig ist der Nachweis der Funktionsstörung im Röntgenbild, das die Kontrastmahlzeit 24 und 48 Stunden und länger im Kolon zeigt. Zur Behandlung genügt im allgemeinen die Durchtrennung der Verwachsungen; nur unter besonders schweren Verhältnissen empfehlen sich die eingreifenderen Operationen.

Über die **Hirschsprungsche** Krankheit sind seit der im letzten Bericht erwähnten Zusammenfassung Neugebauers wesentlich neue Gesichtspunkte nicht aufgetreten. Perthes (16) erwähnt einen durch Resektion mittelst des Durchziehungsverfahrens geheilten Fall bei einer 39jährigen Frau.

Das Krankheitsbild der schweren ulzerösen Kolitis wird von Adolf Schmidt (20) und A. Albu (1) abzugrenzen und zu klären versucht. Chirurgische Behandlung erst nach Versagen der inneren! Der künstliche After, der allen Kot ableitet, wirkt sicherer, als Kotfisteln. D'Arcy Power (2) ist stets mit Appendikostomie ausgekommen. Auch Fuld (12) sah vorzügliche Erfolge von der Appendikostomie.

De Quervain (18) fördert die Diagnose der Sigmoiditis diverticularis. Wenn bei älteren Individuen akute oder chronische Funktionsstörungen im Bereich des S Romanum auftreten, besonders wenn sich peritoneale Reizerscheinungen ihnen zugesellen, ist die Diagnose Divertikulitis in Betracht zu ziehen. Die sichere Diagnose der Divertikel und ihrer Entzündung lässt sich in einigen Fällen mittelst der allerdings nicht immer harmlosen Rektoskopie stellen. Das Vorhandensein von Divertikeln ist unter günstigen Umständen durch das Röntgenbild nach Kontrasteinlauf nachweisbar. Die Entzündung der Divertikel lässt sich dagegen im Röntgenbild nur aus dem Zeichen der Sigmoiditis, der mangelhaften Füllung des S Romanum erkennen. Häufig gibt das Bild nach teilweiser Entleerung des Kontrastklysmas vorzügliche Einblicke, die vor der teilweisen Entleerung nicht erkennbar waren. H. Kohn (14) empfiehlt ein ähnliches diagnostisches Vorgehen. R. Dahl (8) teilt sechs verschiedene Komplikationsmöglichkeiten der Divertikel mit: 1. Akute Entzündung der Divertikel und ihrer Umgebung, 2. akute Entzündung mit Perforation und ihrer Folgen, 3. Gangrän des Divertikels, diffuse Peritonitis, 4. Fortpflanzung der Entzündung im submukösen, intermuskulären und subserösen Gewebe und lebhafte Verdickung der Darmwand und Stenosenbildung, 5. Verwachsungen des Divertikels mit Blase, Darm, weiblichen Geschlechtsorganen; Bildung einer Darmblasenfistel, 6. karzinomatöse Degeneration.

5. Appendix.

1. *Aschoff, L., Sind die Würmer, besonders bei Oxyuren, direkt oder indirekt schuld an der Appendizitis? Berl. klin. Wochenschr. Nr. 32.
2. *Birt, Ed., Über Appendizitis in Ostasien, speziell Schanghai und Umgebung. Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 92. Festschr. Hamburg-Eppendorf. p. 437.
3. *Van Buren Knott, The removal of the appendix in all cases of appendicitis with localisated abscess. Journ. of the Amer. med. Assoc. LXII. Nr. 13.

4. *Bürger, Hermann, Beiträge zur chirurgischen Behandlung der Appendizitis. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 126. p. 357.
5. Burghard, Intussusception of the vermiform appendix, the intussusceptum protruding from the anus. Brit. Journ. of Surg. Vol. 1. Nr. 4. April.
6. *Beatson, G., Carcinoma of the vermiform appendix in a girl, aged 20 years. Glasgow med. Journ. 1913. Dec.
7. *Beldau, G., Über Behandlung der Appendizitis mit Ichthalbin. Med. Klinik. Nr. 15. p. 641.
8. *Bérard et Vignard, L'appendicite. Etude clinique et critique. 12 u. 876 S. 158 Textfig. Paris, Masson et Cie.
9. *Boljarski, Nikolai, Die Behandlung der diffusen Peritonitis infolge von Appendizitis. Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 89. Heft 2/3. p. 511.
10. *Blake and Worcester, A method for plicating voluminous ceca. Med. Record. New York. Vol. 85. Nr. 14.
11. Broca, A., Péritonite aigué géneralisée. Perforation du coecum. Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris. p. 562.
12. Carboni, Appendicectomia con enfisema sottocutaneo postoperatorio; pericolite membranosa. Rivista ospedaliera. Nr. 10.
13. *Carlslaw, Acute suppurative appendicitis: some conclusions from an analysis of a series of 100 consecutive cases. Glasgow med. Journ.
14. *Carlier, V., et H. Leroy, Les hématuries aux cours de l'appendicite. Prov. méd. Nr. 10.
15. *Mac Carty and Mc Grath, The frequency of carcinoma of the appendix. Annals of Surg. Nr. 5.
16. Cignozzi, Oreste, Ulteriori osservazioni sulla patogenesi del megaloceco con appendiciteid. Policlinico. Sez. prat. p. 1197.
17. M'Connell and Wilson, Intussusception of the vermiform appendix. Brit. Journ. of Surg. Vol. 1. Nr. 4. April.
18. Corbett, C. H., Chronic intussusception of the appendix. Brit. med. Journ. 25. April.
19. *Delfino, E. A., Hypertrophische Blinddarmtuberkulose. v. Langenbecks Arch. Bd. 103. Heft 3.
20. Dimitriu, M., Die Appendikocele (isolierte Hernie des Wurmfortsatzes). Revista de chir. Nr. 2 u. 3.
21. *Pierre, Duval, Technique opératoire de la caecopexie (fixation du caecum au tendon du petit psoas). Revue de chir. XXXIV. Nr. 5.
22. *Esau, Weitere Beiträge zur Appendizitis. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 128. p. 339.
23. *Fabricius, Josef, Über die Beziehungen der Appendix zu Erkrankungen des Genitalapparates. Med. Klinik. Nr. 21. p. 879.
24. *Francke, C., Zur operativen Behandlung des Coecum mobile. Zentralbl. f. Chir. p. 5.
25. *Friedjung, Über die sogenannten rezidivierenden Nabelkoliken der Kinder. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 8.
26. *Goto, S., Beitrag zur Ätiologie der Appendicitis chronica. Arch. f. klin. Chir. Bd. 105. Heft 4. p. 799.
27. *Gray, H. M. W., A series of cases of appendicitis in children. Brit. med. Journ.
28. *Haeberlin, Über die Behandlung der zirkumskripten und diffusen eitrigen Peritonitis im Gefolge der Appendizitis. v. Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 90. Heft 1.
29. *Heile, Zur Physiologie des Blinddarmanhanges. Verhandl. d. Deutsch. Ges. f. Chir. I. p. 102.
30. *Hoessli, Leukozytose bei Intraperitonealblutungen. Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 27. Heft 4.
31. *C. ten Horn, Zur Diagnose der Appendizitis. Zentralbl. f. Chir. p. 1537.
32. *— Zur Diagnose der Appendizitis. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 52.
33. Ingebrigsten, Ragnvald, Unterbliebene Drehung des Kolons, Coecum mobile, Ileus. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 130. p. 413. Norsk Magazin for Laegevidenskaben. Jahrg. 75. Heft 5.
34. Kelling, G., Pinzette mit Innenschieber zur Einstülpung des Wurmfortsatzstumpfes. Zentralbl. f. Chir. p. 1657.
35. *Kukula, O., Pathologie und Therapie der Appendizitis. 812 S. mit 74 Textbildern und 19 zum Teil farbigen Beilagen. Preis K. 22.—. Böhmische graph. Ges. „Unie" in Prag.

36. *Küttner, H., Über die sogenannten rezidivierenden Nabelkoliken der Kinder. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 4.
37. *— Zur Frage der sogenannten rezidivierenden Nabelkoliken der Kinder. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 8.
38. *Lanz, Untersuchung auf Genitalsymptome zur Unterstützung der Diagnose bei Appendizitis. Zentralbl. f. Chir. p. 1705.
39. *Läwen, A., Über Appendicitis fibroplastica. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 129. p. 221.
40. *Lejars, F., Ectopie rénale et appendicite. Semaine méd. Nr. 18.
41. *— Les largos perforations ileococcales, d'origine vasculaire, dans l'appendicite. Sem. méd. Nr. 11.
42. *Mac Leod and Fr. Bowman, Appendizitis. Buffalo med. Journ. Vol. 69. Nr. 9.
43. Leotta, N., L'ileo meccanico da appendicite. Policlinico. Sez. chir. XXI. 3.
44. *Leroy, W., Rapports entre la circulation veineuse de l'appendice et la circulation veineuse du rein droit. Prov. méd. Nr. 11.
45. *Hughlett, The present position of acute appendicitis and its complications. Lancet. Jan. 31.
46. Lohfeldt, Zwei Fälle von Insuffizienz der Valvula Bauhini bei Perityphlitis chronica. Fortschr. a. d. Gebiete d. Röntgenstrahlen. Bd. 22. Heft 2.
47. *Mayet und Delapchier, Skoliose und Appendicitis chronica. Zeitschr. f. orthop. Chir. Bd. 33. Heft 1 u. 2.
48. *Meyer, Willy, Zur Chirurgie des Wurmfortsatzes. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 129. p. 321.
49. *Mikenda, V., Kasuistischer Beitrag zum primären Karzinom des Wurmfortsatzes. Casopis lekaruv. ceskych. p. 10.
50. *Moro, Über rezidivierende Nabelkoliken bei älteren Kindern. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 8.
51. Mostl, Renato, Dell' appendicole commune e dell' appendicocele semplice con sacco in parte aderente. Policlinico. Sez. chir. p. 477.
52. *Murray, R. W., The geographical distribution of appendicitis. Lancet. July 25.
53.* Nielsen, Aage, Über Hämaturie bei Appendizitis. Ugeskrift for Laeger. Jahrg. 76. Nr. 42. (Dänisch.)
54. *Nové-Josserand, G., et H. Fayol, Contribution à l'étude de l'hématurie au cours des diverses formes d'appendicite. Journ. d'urol. V. 2.
55. *Opitz, Über Beziehungen der Erkrankungen des Wurmfortsatzes zu denen des Coecum und S romanum. Verhandl. d. Deutsch. Ges. f. Chir. II. p. 107.
56. Pamperl, R., Bauchschuss mit 22 Schussverletzungen des Darmes, kompliziert durch eine akute Appendizitis. Prager med. Wochenschr. Nr. 7.
57. *Petren, Über Leberabszess als Komplikation zu akuter Appendizitis. Bruns Beitr. Bd. 94. Heft 2.
58. Pohl, W., Ein eigentümlicher Befund in der Appendix. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 126. p. 201. (Im aufgeschnittenen Wurm massenhaft kleine, transparente weissliche Kügelchen, gekochten Sagokörnern ähnlich.)
59. — Über Einklemmung des Wurmfortsatzes. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 130. p. 215. (In einem Schenkelbruch, Kasuistik.)
60. *Rieder, H., Zur Röntgenuntersuchung des Wurmfortsatzes, besonders bei Appendizitis. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 27.
61. *Rheindorf, A., Hysteroneurasthenie oder chronische Appendizitis. Pathol.-anatom. Abteil. des St. Hedwigs-Krankenhauses zu Berlin. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 26 u. 27.
62. *Rittershaus, Klinische Erfahrungen über Appendizitis mit besonderer Berücksichtigung der Differentialdiagnose, der selteneren Komplikationen und der Lokalanästhesie. Bruns Beitr. Bd. 94. Heft 2.
63. *— Über Appendizitis im Kindesalter. Bruns Beitr. Bd. 94. Heft 2.
64. Routier, Abscès rares au cours de l'appendicite. Bull. de l'acad. de méd. Nr. 3. (In der Mesenterialwurzel des Dünndarmes.)
65. *Roux, J., De l'emploi des rayons X avant l'appendicectomie. Semaine méd. Nr. 29.
66. *Sasse, F., Zur Behandlung der diffusen, eitrigen Wurmfortsatzperitonitis. v. Langenbecks Arch. Bd. 103. Heft 3.
67. — Wurmfortsatz-Schlingenbruch und die Bedeutung seiner Einklemmung. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 13.

68. *Schanz, Bandagen für Appendizitisnarben und Bauchbrüche. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 30.
69. *Schwers, H., Pseudomyxome du péritoine d'origine appendiculaire. Scalpel et Liège méd. Lüttich.
70. *— L'appendicite chez l'enfant. Scalpel et Liège méd. Lüttich.
71. *Schlössmann, Über chirurgische Erkrankungen durch Askariden. Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 90. Heft 3. p. 531.
72. *Simin, A., Zur Frage nach der Ätiologie der Appendizitis. Zentralbl. f. Chir. p. 466.
73. *Solieri, Die gesteigerte Widerstandsfähigkeit des Peritoneum gegen Infektionen bei der Behandlung der akuten Appendizitis. Mitteil. a. d. Grenzgebieten d. Med. u. Chir. Bd. 27. Heft 5.
74. *Thalmann, Bestehen ursächliche Beziehungen zwischen Mandelentzündung und Wurmfortsatzentzündung? Deutsche militärärztl. Zeitschr. Heft 6. (Nein.)
75. *Troell, Abraham, Zur Kenntnis der anormalen Appendixlagen. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 130. p. 389.
76. *Vosburgh, Non-rotation of the intestine. Its relation to high, retrocoecal and aberrant positions of the appendix. Annals of Surg. 1913. Dec.
77. *Walter-Sallis, Jean, Le foie dans l'appendicite. Rev. de chir. XXXIV. Nr. 2 u. 5.
78. *Wiener, Ileocoecal tuberculosis. Annals of Surg. Nr. 5.
79. *Wideroe, Sofus, Ein Beitrag zur Pathologie der Appendizitis. Norsk. Magazin for Laegevidenskaben. Jahrg. 75. Nr. 4. (Norwegisch.)
80. *Wolf, Wilhelm, Über Beschwerden nach Blinddarmoperation. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 129. p. 685.
81. *Wolkowitsch, N. M., Nochmals vom Muskelsymptom der chronischen Appendizitis. Russki Wratsch. Nr. 17.
82. *Zahradnicky, Über die Erfolge der Appendizitisoperationen im Jahre 1913 und über Erfolg dieser Operationen im Verlaufe 16jähriger Tätigkeit (1898—1913). v. Langenbecks Arch. Bd. 104. Heft 3.

An **Monographien** über Appendizitis liegen vor die ungefähr gleich umfangreichen Werke von Kukula (35) und von Bérard et Vignard (8), die letzte als erste Monographie in französischer Sprache.

Die

Physiologie

des Blinddarmanhanges wird von Heile (29) in bemerkenswerter Arbeit ergänzt. Seine Funktionen liegen vor allem in innersekretorischem Gebiet; und zwar sondert die Appendixschleimhaut zunächst Verdauungsfermente ab (ein eiweissspaltendes Trypsin und ein kohlehydratspaltendes Ferment); weiterhin bereitet die Schleimhaut Peristaltik auslösende Hormone. Die Wurmfortsatzschleimhaut verhält sich also ähnlich der Blinddarmschleimhaut. Wesentlich für die Pathologie wird die sekretorische Funktion, soweit sie mit dem Abschluss des Cökum gegen das Ileum zusammenhängt. Dieser Abschluss erfolgt durch eine in das Cökum herabhängende Schleimhautkuppe des Dünndarms, vor allem aber durch einen die Einmündung des Ileum umgreifenden, aus der hinteren Längstänie entstehenden zirkulären Muskel, den Musculus ileocolicus. Normalerweise verhindert die Muskelkuppe bei Druck auf das Cökum sicher einen retrograden Transport von Luft oder Flüssigkeit vom Cökum in den Dünndarm. Regelmässig geöffnet findet sich die Muskelklappe in den Fällen, in denen das Mesenteriolum des Wurmfortsatzes infolge einer Entzündung ödematös infiltriert ist. Auf den Tonus dieses Muskels können die Absonderungen des Wurmfortsatzes reizende oder hemmende Wirkungen ausüben. Die abnorme Widerstandsfähigkeit oder die Insuffizienz bedürfen nach dieser Hinsicht einer Revision. Es ergibt sich, dass klinische Beschwerden, welche oft als Folgen eines Coecum mobile oder einer chronischen Appendizitis angesehen werden, mit einer Insuffizienz oder einem Krampfzustand der Muskelklappe zusammenhängen können.

Zur Erforschung der

Pathogenese

trägt die Mitteilung Birts (2) bei, dass der Chinese so gut an Appendizitis leidet, wie der Europäer. Murray (52) kommt auf Grund der an die englischen Konsulate auf dem ganzen Erdenrund gesandten Fragebogenforschung von Williams zu dem Schluss, dass die Appendizitis eine Kulturkrankheit ist. Er schlägt daher vor, den Wurm grundsätzlich in der

Jugend zu entfernen, oder die Lebensweise zu ändern und zur früheren Einfachheit zurückzukehren.

Auf Grund von Beobachtungen, Untersuchungen und Literaturstudien kommt Opitz (55) zu der Überzeugung, dass Erkrankungen des Dickdarms in Form von Typhlokolitis, Sigmoiditis usw. sehr viel häufiger sind als solche der Appendix. Es scheint daraus hervorzugehen, dass Erkrankungen der Appendix zum grössten Teil durch vorangehende Erkrankungen des Kolon bedingt sind. Das Übergreifen der Erkrankung geschieht, wie Aschoff nachgewiesen hat, nicht durch Fortleitung der Entzündung von der Wand des Cökum auf die Wand der Appendix, sondern so, dass infektiöser Darminhalt in den Wurm eindringt und sich dort zeitweise verhält. Dabei scheint die chemische Beschaffenheit des Darminhalts wesentlicher zu sein als der Bakteriengehalt. Es kommen ferner auch Störungen nervöser Art in Frage, die entweder unmittelbar durch Reizung der vegetativen Nerven von den Verwachsungen aus oder durch Resorption von Toxinen Zirkulationsstörungen in der Appendix hervorrufen können. Opitz fordert als praktische Schlussfolgerung grossen Schnitt beim operativen Eingehen.

Thalmann (74) konnte unter 42 exstirpierten Wurmfortsätzen nur bei einem die bei Mandelentzündungen in grossen Mengen vorhandenen hämolytischen Streptokokken nachweisen. In den bakteriellen Verhältnissen fand er also keinen Anhalt dafür, dass Mandelentzündungen für die Entstehung von Appendizitis von wesentlicher Bedeutung sind.

Die schon in den letzten Berichten erwähnten Erörterungen über die Beteiligung der Oxyuren an der Entstehung der Appendizitis werden von Rheindorf (61) und Aschoff (1) fortgesetzt. Rheindorf hat bei 50% der kindlichen und 32% der erwachsenen exstirpierten Wurmfortsätze Oxyuren gefunden. Er bringt wiederum gute Photographien, die zeigen, wie die Oxyuren die Schleimhaut durchwandern und den Boden für eine Infektion der Gänge und Epithelverluste vorbereiten. Er rechnet manche Fälle, die in Ermangelung von Veränderungen am exstirpierten Wurm, als hysteroneurasthenisch bezeichnet wurden, zu den durch Oxyuren veranlassten chronischen Appendizitiden. Aschoff hingegen sieht das von ihm festgelegte Bild der durch Oxyuren hervorgerufenen Pseudoappendizitis als durch die Untersuchungen Rheindorfs bestätigt an. Die auf das Einwandern von Oxyuren zurückgeführten Spaltbildungen sind im wesentlichen Kunstprodukte. Solange keine Beweise dafür erbracht sind, dass die Oxyuren überhaupt gröbere, einige Zeit persistierende Epitheldefekte oder Gewebszertrümmerungen herbeiführen können, ist auch die Ansicht, dass die Oxyuren die Appendizitis indirekt verursachen können, unbewiesen. Erfolgreiche Wurmkuren werden besonders Jugendliche vor pseudoappendizitischen Anfällen und damit vor unnötigen Operationen bewahren, unnötig, weil die pseudoappendizitischen Anfälle trotz Herausnahme des Wurmfortsatzes nicht immer aufhören. Schlössmann (71) sah neben anderen durch Askariden hervorgerufenen Erkrankungen einen Fall von echter Askaridenappendizitis bei einem dreijährigen Mädchen und einen Fall von Askariden im nicht entzündeten Wurmfortsatz. Goto (26) fand bei einer chronischen Appendizitis im Wurm zahlreiche Eier von Schistomum japonicum.

Simin (72) gab zur Erforschung der Frage, wie weit der operativ zu entfernende kranke Wurmfortsatz feinen Fremdkörpern zugänglich ist, 2—22 Tage vor der Operation Lindenkohle zu 0,5 in Oblaten in der Anzahl von 1—4 Stück. In allen Fällen fand sich Kohle im Wurmfortsatz, die 3—8 bis 22 Tage festgehalten war. Der kranke Wurmfortsatz ist also für den Darminhalt, damit auch für in den Darm geratene Erreger zugänglich.

Troell (75) bringt an der Hand von drei Fällen, bei denen der Blinddarm mit der Appendix unmittelbar unter der Leber lag, entwicklungsgeschichtliche Erörterungen, aus denen er die Lageanomalien als Hemmungsbildung zu erklären sucht. Ähnliche Erwägungen stellt Vosburgh (76) an zur Erklärung der retrocökalen Lage des Wurmfortsatzes.

Als

diagnostisches Hilfsmittel

für die akute Appendizitis hat sich ten Horn (31 und 32) bei leichtem Zug am rechten Samenstrang auftretender Schmerz bestätigt, den er auf Verschiebung oder Zerrung auf das entzündete Bauchfell am inneren Leistenring zurückführt. Schmerz auf Zug auch am linken Samenstrang deutet Ausdehnung des Prozesses auf die linke Seite an. Lanz (38) bestätigt dieses Symptom und fügt weitere Zeichen von seiten des Genitalapparates hinzu. Er unterscheidet 1. Kanalsymptome, a) Spannung der Pfeiler des Leistenringes (Pfeilerspannung), b) Muskelwiderstand beim Eindringen des Zeigefingers in den Leistenkanal (Rückwandstarre), c) Husten bei in den Kanal eingeführten Zeigefinger schmerzhaft (Hustenschmerz). 2. Samenstrangsymptome, a) Zugschmerz, b) Druckschmerz, c) Schwel-

lung des Samenstranges am vorderen Leistenring. 3. Hodensymptom, Abschwächung oder Fehlen des rechten Kremasterreflexes.

Wolkowitsch (81) bestätigt durch Tonometermessungen das Zeichen der Erschlaffung und Atrophie der rechten Bauchwand bei chronischer Appendizitis.

Hyperleukozytose ist nach Hoessli (30) als differentialdiagnostisches Zeichen für Appendizitis gegen Blutungen in die Bauchhöhle z. B. bei geplatzter Tubargravidität oder intermenstruellen Ovarialblutungen nicht zu verwerten. Im Gegenteil spricht ausgesprochene Leukozytose bei fehlenden Entzündungserscheinungen eher für Bluterguss in die Bauchhöhle.

Nach Wideroe (79) lassen sich aus der Zahl der Leukozyten keine sicheren Schlüsse für die Schwere der Erkrankung ziehen. Im jugendlichen Alter tritt die Leukozytose bei Appendizitis am meisten hervor.

Lejars (40) macht auf diagnostische Schwierigkeit bei Nierenverlagerungen in der Erkennung der Appendizitis aufmerksam.

Die Röntgen-Photographie hat nach Roux (65) wenig Aussicht zur Klärung des Wurmfortsatzbefundes beizutragen. Nach Rieder (60) können mit Hilfe der Röntgenuntersuchung bei Appendizitis folgende Befunde erhoben werden: 1. Der unmittelbare Wurmfortsatznachweis, 2. Kotstauung im Wurmfortsatz und im Blinddarm, 3. Lokalisierung des Druckschmerzes im Leuchtschirmbild streng auf die Appendixgegend, 4. Insuffizierung der Bauhinschen Klappe, 5. Überreste alter Entzündungen, die sich durch Zerrungsschmerz bei unter Kontrolle des Leuchtschirmes ausgeführten Bewegungen zeigen können, 6. zuweilen Kotsteinnachweis (Literatur). Mac Leod und Bowman (42) messen der Röntgenologie der Appendix grosse Bedeutung zu.

Die

Klinik

der Appendizitis erfährt Bereicherungen durch die Kasuistik Esaus (22). Zusammenfassende Bearbeitungen liegen nur spärlich vor und bringen neben zahlreichen beachtenswerten Beobachtungen nichts wesentlich Neues [Rittershaus (66), Carlslaw (13)].

Lejars (41) bespricht unter Mitteilung einer eigenen Beobachtung die Komplikation der akuten Appendicitis perforativa mit ausgedehnter Gangrän der Blinddarm- oder Dünndarmwand infolge mesenterialer Embolie und Thrombose.

Mikroskopische Hämaturie ist nach Nielsen (53) bei akuter und chronischer Appendizitis nicht selten. Der Blutnachweis ist also nicht als diagnostisches Hilfsmittel gegen Appendizitis und für Harnleiterstein zu verwenden. Nach Nové-Josserand et Fayol (54) sind Hämaturien im allgemeinen gutartig und nicht von übler Prognose. Sie verschwinden nach Entfernung der Appendix. Carlier und Leroy (14) erklären doppelseitige Blutungen als toxische Nephritis, einseitige durch örtlichen Zusammenhang mit der Wurmfortsatzentzündung. Die zur Ergründung dieses örtlichen Zusammenhangs von Leroy (44) angestellten Untersuchungen ergaben bei kurzem Blinddarmgekröse eine unmittelbare Verbindung der Wurmfortsatzvenen mit den Venen der rechten Niere, bei frei beweglichem Blinddarm mittelbare Venenverbindungen.

Nach Walter-Sallis (77) kommen für die Leberkomplikationen bei Appendizitis drei Wege in Betracht: 1. Die Pfortaderwurzeln und -Verästelungen, 2. die retroappendikulären und mesenterialen Lymphbahnen, 3. die unmittelbare Infektion durch das retroperitoneale Zellgewebe oder durch das Bauchfell. Am häufigsten ist Gelbsucht; vor dem Anfall wird sie bei jugendlichen Individuen nicht selten beobachtet; ihre Prognose ist günstig; nach dem Anfall ist sie meist ein Zeichen schwerer und schwerster Erkrankung. Der Abszess bevorzugt den rechten Leberlappen; ist meist multipel. Seltener ist die Cholecystoappendizitis, umstritten ist die appendikuläre Leberzirrhose. Petren (57) beschäftigt sich mit den Leberabszessen bei Appendizitis; Eintritt gewöhnlich 1—3 Wochen nach der primären Erkrankung. Prognose schlecht.

Die Skoliose ist nach Mayet und Delapchier (47) eine häufige Begleiterscheinung der Appendizitis. Bei jeder Skoliose soll daher vor Festsetzung einer orthopädischen Behandlung auf Appendizitis gefahndet werden und gegebenenfalls die Appendix exstirpiert werden.

Ausführlich setzt Fabricius (23) die Beziehungen der Appendix zu den Erkrankungen des Genitalapparates auseinander.

Wegen der schwierigen Diagnose ist die Mortalität der Appendizitis der kleinen Kinder sehr hoch. Die Blinddarmentzündung der Kinder verbirgt sich oft unter dem Bilde des Darmkatarrhs und der Pneumonie. Die gestörte Bauchatmung ist ein wichtiges

Krankheitszeichen. Bei früher Operation ist die Prognose nicht schlechter als bei Erwachsenen [Rittershaus (63), Gray (27), und Schwers (70)].

Über die Frage, ob die Nabelkoliken der Kinder auf Veränderungen des Wurmfortsatzes zurückzuführen seien oder auf neuropathische Veranlagung und Hypersensibilität, hat sich eine literarische Fehde abgespielt. Küttner (36 und 37) vertritt die erste Ansicht, Moro (50) und Friedjung (25) die zweite.

Zur

Behandlung

wird von Beldau (7) Ichthalbin innerlich und Bepinselung der Blinddarmgegend mit Ichthyol-Kollodium äusserlich empfohlen.

Berichte über ihre Behandlungserfolge geben Bürger (4) und Zahradnicky (82).

Hugh Lett (45) stellt grosse Zahlenreihen aus früherer Zeit und aus den neuesten Jahren gegenüber. Während 1900—1905 17,2% der Appendizitisopprationen tödlich ausgingen, starben 1912 bis 1913 nur mehr 3,2%. Bei bereits ausgebrochener Bauchfellentzündung sank die Sterblichkeit von 76,5% auf 20%, an Abszess von 8,1% auf 3,3%. 1905 bekamen 22,9% aller an akuter Appendizitis Operierten Komplikationen, 1912 11,9%. Die Abnahme ist auf die grössere Häufigkeit der Frühoperationen zurückzuführen.

Zur Exstirpation der nach hinten und oben vom Cökum verlagerten und verwachsenen entzündeten Appendix empfiehlt Meyer (48) einen Einschnitt, der in der Höhe der Spina anterior oder 1 cm oberhalb beginnt und nach hinten oben verläuft. Van Buren Knott (3) will in jedem Abszessfall den Wurmfortsatz primär entfernen und erzielte dadurch eine Besserung seiner Mortalität von 8 auf 1,2%. Das kleine Becken soll stets drainiert werden. Postoperativ Lagerung auf die rechte Seite!

Solieri (73) empfiehlt auf Grund der gesteigerten Widerstandsfähigkeit des Bauchfells möglichst in allen Fällen die Bauchhöhle primär zu schliessen. Als günstigste Bedingungen gibt Solieri an jugendliches Alter des Kranken, frühzeitiger Eingriff (nicht später als 12 bis 48 Stunden nach Einsetzen des Anfalls), Vorausgehen früherer Anfälle, ausgeprägte Hyperleukozytose, bedeutende Fieberreaktion, guter Puls, guter Allgemeinzustand, nicht perforierter Wurmfortsatz und gute Reaktion des Bauchfells. Trübe seröse Flüssigkeit ist keine Gegenindikation, doch darf das Exsudat nicht rein eitrig sein. Die Rötung der Serosa muss auf die Umgebung des Wurmfortsatzes beschränkt sein.

In der Behandlung der diffusen eitrigen Wurmfortsatzperitonitis ist nach Sasse (67) das Spülverfahren zur Fortschaffung des vorhandenen Exsudats zu summarisch. Die Eiterquelle, der Wurmfortsatz, wird unter jeder Bedingung entfernt. Der grosse Medianschnitt und die Eventration ist zu eingreifend. Die sogenannte physiologische Kochsalzlösung ist für das Bauchfell nicht indifferent. Nur die wirklich erkrankten Teile des Bauchfells sollen therapeutisch in Angriff genommen werden. Das Exsudat wird unter Leitung des Auges mit Hilfe einer Stirnlampe bei Beckenhochlagerung von einem kleinen pararektalen Schnitt aus dadurch entfernt, dass mit Hilfe von Platten und Seitenhebeln Mullkompressen in die Bauchhöhle geschoben werden, die das Exsudat absaugen. Nur in Spätfällen und bei fetten Erwachsenen wird ein linksseitiger Pararektalschnitt hinzugefügt. Eine Drainage der freien Bauchhöhle zur Aufsaugung des nach dem Eingriff sich bildenden Exsudats lässt sich mittelst Drainröhren nicht erzielen. Primärer Schluss der Bauchhöhle ist nur bei frischen 1—2 Tage alten Prozessen gestattet, wenn keinerlei sezernierende Flächen, Peritonealdefekte oder eitrig infiltrierte Peritonealstellen vorhanden sind. Nur sorgfältige und ausgedehnte Tamponade gewährleistet sichere Ableitung der Sekrete. Der Mikuliczbeutel ist ungenügend und unzweckmässig, da er sich dem Buchten der Bauchhöhle nicht genügend anpasst und sich zu schlecht wechseln lässt. Er wird daher durch Rollentampons ersetzt, die wie die Reinigungstampons eingeführt werden. Zwischen den Darmschlingen soll nicht tamponiert werden, sondern stets nur zwischen Schlingen und Bauchwand. Bei Frauen sind Adnexe und Uterus zwischen Tampons zu lagern, davon 6—8 von einem Einschnitt aus eingeführt werden können. Am dritten oder auch schon am zweiten Tage werden die Tampons wiederum unter Leitung des Auges meist in Ätherrausch entfernt. Die Mortalität ist mehr von der Dauer als von der Ausdehnung der Bauchfellentzündung abhängig. Mortalität 10,6% gegen 18% bei Rehn und 21,8% bei Rotter. Boljarski (9) teilt sein im vorigen Jahre in russischer Sprache beschriebenes Behandlungsverfahren für die Wurmfortsatzperitonitis nun auch in deutscher Sprache mit. Auch er verzichtet auf die Spülung, reinigt die Bauchhöhle trocken und tamponiert sie mit Mull. Im Gegensatz dazu hält Haeberlin (28) bei diffuser Bauchfellentzündung an der Spülung fest.

Schanz (68) gibt Bandagen an für Appendizitisnarben und Bauchbrüche, die ein elastisches Spielen der Bruchgeschwulst in der Pelotte gestatten.

Wolf (80) glaubt auf Grund seiner Beobachtungen an Soldaten nicht an wesentliche Beschwerden nach Wurmfortsatzoperationen.

Coecum mobile.

Von den unter dem Namen Coecum mobile zusammengefassten Krankheitsbildern bedarf nach Francke (24) besonders die habituelle Torsion des mobilen Cökums (Klose) der chirurgischen Behandlung. Gegen die fest fixierenden Operationsverfahren sind nicht ohne Unrecht Bedenken erhoben worden. Für die Typhlektasie ist die Querraffung Völckers das beste Verfahren. Für das Coecum mobile mit habitueller Torsion ist die Raffung des Cökum und Colon ascendens in der Längsrichtung empfehlenswert, durch die der Darm nach Art einer Harmonika zusammengeschoben wird.

Duval (21) befestigt das Coecum mobile durch Naht an der Sehne des Psoas minor; fehlt der Psoas minor, so erfolgt die Vernähung mit dem medialen Rande des Psoas major. Blake und Worcester (10) halten die Befestigung des Coecum mobile für schädlich und empfehlen eine Querraffung in einer Längenausdehnung von 10—15 cm.

Über Perikolitis, Jacksonsche Membran usw. siehe unter Dickdarm.

Tuberkulose des Wurmfortsatzes, Geschwülste des Wurmfortsatzes.

Die Arbeiten über Blinddarmtuberkulose [Delfino (19) und Wiener (78)] bringen nichts wesentlich Neues. Läwen (39) erörtert die Schwierigkeit der Differentialdiagnose zwischen Tuberkulose und Appendicitis fibroplastica.

Arbeiten über Wurmfortsatzkarzinome liegen vor von Beatson (6), Mikenda (49), Mac Carty und Mc Grath (15) über Pseudomyxome von Schwers (69).

6. Anus und Rektum.

1. *v. Aldor, Ludwig, Über die Ätiologie und die Behandlung der Hämorrhoidalblutungen. Med. Klinik. Nr. 15. p. 637.
2. Chalier, André, et Raul Bonnet, Les tumeurs mélaniques primitives du rectum. Travail de la clinique du Prof. Jaboulay. Revue de chir. XXXII. Année. Nr. 12. XXXIII. Année. Nr. 1—4.
3. Drummond, The arterial supply of the rectum and pelvic colon. Brit. Journ. of Surg. Vol. 1. Nr. 4. (Die Anastomosenschlinge der letzten Art. sigmoidea ist sehr wechselnd; sie kann auch gänzlich fehlen.)
4. Foisy, E., Traitement du larges plaies du rectum par l'exclusion du rectum. Prov. méd. Nr. 1.
5. Frey, E., Beitrag zur Frage der Entstehung und Behandlung der Fistula ani. Aus der chir. Privatklinik von Hofrat Krecke. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 4. (Ursache sehr selten Tuberkulose, Behandlung Exzision des Fistelganges.)
6. Goldschmied, Resultate der radikalen Operationen des Mastdarmkrebses bezüglich der Erhaltung der Kontinenz. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 15. (Durchziehmethode hat die besten Erfolge.)
7. *Harttung, Heinrich, Hämorrhoidalknoten beim Neugeborenen, gleichzeitig ein Beitrag zur Ätiologie der Hämorrhoiden. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 131. p. 425.
8. *— Die Verwendung von frei transplantierten Faszien- und Peritonealstreifen in der Behandlung des Mastdarmvorfalles. Allerheiligen-Hospital zu Breslau. Prof. Tietze. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 15.
9. Hellström, Nils, Ein Fall von Ruptura recti und einige Worte über die sog. spontanen Rektalrupturen. Hygiea. Bd. 76. Heft 23. (Schwedisch.)
10. Hilgenreiner, H., Über angeborene Afterenge. Ein Fall von Atresia ani analis. Jahrbuch f. Kinderheilk. Bd. 79. 3. Folge. Bd. 29. Heft 1. p. 11.
11. *Jurasz, A. T., Behandlung des Rektalprolapses. Zentralbl. f. Chir. p. 551.
11a. Kausch, Über Varikose und Kavernose des Mastdarms. Verhandl. d. Deutsch. Ges f. Chir. I. p. 152.
12. *Krecke, A., Mesothoriumschädigung des Rektums. Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 95. Heft 3. 1915. p. 612. Verhandl. d. Vereinig. bayr. Chir. IV. Vers.
13. Mayo, Charles, Resection of the rectum for cancer with preservation of the sphincter.

Surg., Gyn. and Obst. Chicago. (Genaue Beschreibung des Operationsverfahrens, stets Kolostomie der Resektion vorausgehend.)
14. Müller, Zur Boasschen extraanalen Behandlung der Hämorrhoiden. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 12. (Empfehlung der in früheren Berichten mitgeteilten Behandlung nach Boas auf Grund einer Selbsterfahrung.)
15. *Roux-Lamann, Eine einfache Methode der Behandlung des Mastdarmvorfalles. Therap. Monatshefte. Nr. 8.
16. *Schmincke, A., Über die Entstehung der Hämorrhoiden. Aus dem pathol. Institut d. Univ. München. Nach gemeinsamen Untersuchungen mit Dr. Szuman. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 32.
17. *Sippel, Albert, Eine neue Operationsmethode des Invaginationsprolapses des Mastdarms der Frau. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 8.
18. Suarez, F. M., Späterscheinungen nach Operationen der Hämorrhoiden. Revista de med. y cirurg. pract. de Madrid. Nr. 1324. (Neurasthenie, Tachykardie usw.)
19. *Szuman, St., Beitrag zur Lehre von den Hämorrhoiden. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 132. p. 209.
20. Weiss, Joh., Über den Anus anomalus vulvovestibularis und seine chirurgische Behandlung. Bruns Beitr. Bd. 93. p. 117.

Über die Ätiologie der Hämorrhoiden liegen Untersuchungen mit verschiedenen Ergebnissen vor. Schmincke (16) und Szuman (19) haben in gemeinsamen Untersuchungen festgestellt, dass die Erweiterung der Hämorrhoidalvenen, die die feineren Äste zu befallen pflegt, mit zunehmendem Alter fortschreitet. Sie ist zurückzuführen auf das mechanische Moment der Defäkation, indem die herabsteigende Kotsäule das Blut in die kleinen Venenverzweigungen der Hämorrhoidalregion hereinpresst, aus denen es infolge des gleichzeitig vorhandenen Bauchpressedrucks nicht abfliessen kann. Die Veränderungen finden ihre Erklärung in einer funktionellen Hypertrophie der Gefässwand mit sekundärer Insuffizienz. Die Entzündung ist ein sekundärer Prozess, welcher infolge von Bakterieninvasion in das geschädigte Gewebe der Hämorrhoidalzone besonders leicht zustande kommt. (Bei Szuman Literatur von 156 Nr.) Recht wenig damit übereinstimmt die Beobachtung von Harttung (7), der bei einem neugeborenen Mädchen einen linsengrossen Hämorrhoidalknoten fand, der sich als solcher sicher erweisen liess. Hämorrhoidalknoten kommen also angeboren vor und sind als Neubildungen (Angiome) aufzufassen.

Blutungsursache bei Hämorrhoidariern ist nach v. Aldor (1) auf Grund von 300 Rektoskopien niemals ein geplatzter Knoten. Stets fand er den Mastdarm gefüllt und bis zur Flexur chronisch hämorrhagisch entzündet. Hämorrhoidenoperationen sind daher gegen Blutungen nutzlos. Statt dessen regelmässige Entleerung des Mastdarms, der beim Gesunden nur bei der Stuhlentleerung Kot enthält, durch Einläufe, Massage, Elektrisierung und unmittelbare Behandlung der entzündeten Schleimhaut.

Für die Behandlung des Mastdarmvorfalls werden drei neue Verfahren angegeben: Roux-Lamann (15) Alkoholspritzen bei kindlichen Vorfällen, Sippel (17) Plastik beim Invaginationsprolaps der Frau, Jurasz (11) Aufhängen an frei transplantierten Faszienlappen, die oben am Lig. tuberoso-sacrum angenäht werden. Harttung (8) sah gute Erfolge von frei transplantierten Faszienstreifen, die statt des Thierschen Drahtringes um den After gelegt werden (siehe frühere Berichte).

Für die Mesothoriumbehandlung der Mastdarmgeschwülste sind die beiden Fälle Kreckes (12) über Mesothoriumschädigung des Rektum beherzigenswert: schwere Proktitis mit schwieliger Entartung des Mastdarmrohres und hochgradiger Mastdarmstenose, die in beiden Fällen zu operativen Eingriffen zwang.

E. Leber und Gallenwege.

1. *Aoyama, T., Experimenteller Beitrag zur Frage der Cholelithiasis. Deutsche Zeitschrift f. Chir. Bd. 132. p. 235.
2. Beresnegowsky, N., Über die Anwendung des isolierten Netzes zur Stillung der Leberblutung. v. Langenbecks Arch. Bd. 104. Heft 1.

3. Berg, John, Beiträge zur Kenntnis gutartiger Stenosen der Gallenwege von anderen Ursachen als Gallenstein. v. Langenbecks Arch. Bd. 103. Heft 2.
4. Boljarski, Nikolai, Über Leberverletzungen auf Grund eines Materials von 109 Fällen. Unter besonderer Berücksichtigung der isolierten Netzplastik. Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 89. Heft 2/3. p. 587. (Naht mit freier Netzplastik ist das beste Verfahren gegen Blutungen.)
5. *Borszéky, Karl, und Alexander Baron, Die Blutstillung bei Leberoperationen. Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 88. Heft 3. p. 466.
6. Brulé, H., M. Garban et Gal La Salle, Les retentions biliaires latentes dans certaines lésions toxiques et infecticuses du foie. Rev. de chir. XXXIV. Année. Nr. 6.
7. Bundschuh, Ed., Beiträge zur Chirurgie des primären Leberkarzinoms. Bruns Beitr. Bd. 93. p. 97.
8. Klee und Kluepfel, Experimenteller Beitrag zur Funktion der Gallenblase. Mitteil. a. d. Grenzgebieten d. Med. u. Chir. Bd. 27. Heft 4.
9. Castle, Primary carcinoma of the liver in childhood. Surg., Gyn. and Obst. Chicago. Mit 6 Abbildungen.
10. *Clark, Incidence of gall-stones and other calculi among larbors in the Panama-canal zone. Annals of Surg. Jan.
11. Crille, G., Cholecystectomy or cholecystostomy and a method of overcoming the special risks attending common duct operations. Surg., Gyn. and Obst. Chicago.
12. Deaver, John B., The surgical treatment of cholecystitis. Therapeutic gaz. Vol. 30. Nr. 11. p. 778.
13. Dreier, J. R., Primärer Krebs des Ductus hepaticus. Prakt. Wratsch. Nr. 24.
14. Einhorn, Die direkte Untersuchung des Duodenalinhalts (und der Galle) als diagnostisches Hilfsmittel bei Gallenblasen- und Pankreasaffektionen. Berl. klin. Wochenschrift. Nr. 49.
15. Eliot, A consideration of certain coexisting lesions of the gall-bladder and kidney. Annals of Surg. Nr. 5.
16. Erdmann, Biliary surgery. Annals of Surg. Nr. 6.
17. v. Fink, F., Zur Choledochotomia retroduodenalis und transduodenalis. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 4. (Wenn die manuelle Mobilisierung des Konkrements versagt, verdient das transduodenale Verfahren den Vorzug.)
18. *Gosset, A., Présentation de radiographie d'un calcul de la vesicule biliaire. Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris. p. 206.
19. *Graff und A. Weinert, Warum bleiben nach Exstirpation der Gallenblase so häufig Beschwerden zurück? Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 92. Festschrift Hamburg-Eppendorf. p. 339.
20. *Grube, Karl, Zur Pathogenese der Cholelithiasis. Med. Klinik. Nr. 16. p. 678.
21. Heinemann, O., Die Heilbarkeit multipler Leberabszesse und ihre Diagnose. Therapie d. Gegenw. Nr. 4 u. 5.
22. Isobe, Experimenteller Beitrag zur Entstehung der Leberzirrhose. Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 27. Heft 4. (Bestätigung der Alkoholwirkung; auch nach Salgen-Kaliumsulfat — liess sich experimentell Zirrhose nachweisen.)
23. Iwasaki, K., Über das primäre Sarkom der Gallenblase. v. Langenbecks Arch. Bd. 104. Heft 1.
24. *Hesse, E., und M. Hesse, Über die Häufigkeit der Gallensteine auf Grund eines Sektionsmaterials von 17402 Fällen. Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 89. Heft 2/3. p. 611.
24a. Kehr, Hans, Die gut- und bösartigen Neubildungen der Gallenblase und der Gallengänge unter besonderer Berücksichtigung eigener Erfahrungen. Ergebnisse der Chir. u. Orthopädie. Bd. VIII. S. 471. (Umfassende Übersicht.)
25. Kernig, W. M., Zur Lehre von der Senkung der Leber (Descensus hepatis). Russki Wratsch. Nr. 10.
26. Kienböck, Über einen Fall von Echinococcus hydatitosus der Leber durch Röntgenuntersuchung erkannt. Nachtrag zu seiner Arbeit. Fortschritte a. d. Gebiete d. Röntgenstrahlen. Bd. 22. Heft 3. (Die durch das Röntgenbild gestellte Diagnose war irrtümlich.)
27. *Lippmann, A., Über die Funktionsprüfung der Leber. Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung. Nr. 10.

28. *Mayer, O., Über Feststellung von Typhusbazillendauerträgern durch Untersuchung des bei Operationen gewonnenen Gallenblaseninhaltes. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 20.
29. Oehler, Johannes, Beitrag zu den Abnormitäten der Gallenwege. Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 92. Festschrift Hamburg-Eppendorf. p. 389.
30. Pflugradt, Askariden in den Gallenwegen. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 5.
31. *Rautenberg, E., Röntgenphotographie der Leber, der Milz und des Zwerchfells. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 24.
32. Riedel, Wodurch entsteht vorwiegend der reell-lithogene Ikterus? Deutsche med. Wochenschr. Nr. 17. (Nach vorübergehender mechanischer Stauung vorwiegend durch Entzündung der Gallenwege.)
33. *Rubaschow, Zur Röntgendiagnostik der Gallensteine. Fortschritte a. d. Gebiete d. Röntgenstrahlen. Bd. 21. Heft 5.
34. *Schulz, J., Ein Beitrag zur Gallensteinchirurgie. Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 92. Festschrift Hamburg-Eppendorf. p. 359.
35. *Smidt, Hans, Beitrag zu Fragen der Ätiologie und chirurgischen Therapie der Cholelithiasis bei chronischen Typhusbazillenträgern. Inaug.-Diss. Strassburg i. E.
36. Silber, Fall von primärer intrahepatischer Gallensteinbildung. Berl. klin. Wochenschrift. Nr. 1.
37. *Sourdat, Paul, Sur l'anaesthésis régionale en chirurgie biliaire. Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris. p. 448.
38. *Steiner, Vier Fälle von sogenannter weisser Galle. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 27.
39. Témoin, Tumeur bénigne du foie, résection partielle du lobe droit. Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris. p. 101.
40. Thies, Über die Differentialdiagnose abdomineller Erkrankungen auf Grund von Symptomen des vegetativen Nervensystems, insbesondere mit Rücksicht auf die Erkrankung der Gallenwege. Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 27. Heft 3.
41. Tietze, A., Zwei Fälle von Lebertuberkulose. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 17.
42. *Toida, R., Zur Frage von der Sterilität der Galle unter normalen Verhältnissen und über ihre bakterizide Wirkung auf pathogene Bakterien. v. Langenbecks Arch. Bd. 103. Heft 2.
43. Wiedemann, Hermann, Ein Beitrag zu den Stichverletzungen der Gallenblase. Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 89. Heft 2/3. p. 605.
44. — Experimentelle Untersuchungen zur Lehre der Verdauung und Resorption verschiedener Nahrungsprodukte bei anormalem Gallenzufluss in den Verdauungsapparat. v. Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 89. Heft 2 u. 3. p. 594.
45. — Experimentelle Beiträge zur Technik der Gallenableitung in verschiedene Abschnitte des Verdauungstraktus. Transplantation der Papilla Vateri. Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 89. Heft 2/3. p. 599.
46. Wolff, H., Die Cysto-Choledochostomie, eine neue Gallenwegverbindung. Zentralbl. f. Chir. 231.

Bei der Funktionsprüfung der Leber ist nach Lippmann (27) von ihren vielen Aufgaben nur die Assimilierung der Lävulose und Galaktose verwendbar, da bei den übrigen Funktionen andere Organe beim Leberausfall für sie eintreten können. Im allgemeinen können 100 g Lävulose, nüchtern genossen, noch gut von der gesunden Leber verarbeitet werden. Leberkranke scheiden hingegen bei dieser Dosis mehr oder weniger grosse Lävulosemengen aus, so dass aus der Stärke der leicht nachzuweisenden Ausscheidung auch Schlüsse auf den Grad der Schädigung zu ziehen sind. Leberzirrhose, Lebersyphilis, Icterus catarrhalis und Steinverschluss des Choledochus zeigen Schädigung der Leberfunktion, Anaemia perniciosa und Icterus haemolyticus hingegen keinen Funktionsausfall.

Rautenberg (31) ist es bei den Kranken mit Aszites gelungen, mit Hilfe von Sauerstoffeinblasungen die Leber systematisch auf der Röntgenplatte zur Darstellung zu bringen.

Borszeky und Baron (5) erreichten bei Leberoperationen eine Blutstillung durch zeitweilige Komprimierung des Lig. hepatoduodenale. Sie lässt sich gefahrlos eine Stunde durchführen. Das Verfahren ist einfacher und nicht gefährlicher, als die Kompression der Aorta.

Die Entstehung der weissen Galle, des Hydrops des Gallensystems ist nach Steiner (38) an vier Bedingungen geknüpft. 1. Der Choledochusverschluss muss absolut sein und

genügend lange dauern. 2. Der Druck im Gallenwegsystem muss erhöht sein. 3. Die Sekretion der Gallenwegsschleimhaut kann normal, vermehrt oder auch vermindert sein. 4. Die Gallenblase darf keine virulenten Bakterien enthalten, da sonst Empyem entsteht.

Die Galle der normalen tierischen und menschlichen Gallenblase ist nach Toida (42) steril. Ihre bakterizide Wirkung ist je nach der Bakterienart verschieden. Leicht bakterizid wirkt sie auf den Streptococcus und Diplococcus pneumoniae. Für Bacterium coli und Typhusbazillen ist sie ein geeigneter Nährboden. Im allgemeinen erwies sich die Hundegalle der Menschengalle gegenüber als ein weniger günstiger Nährboden.

Zur Klärung der Entstehung der Gallensteine von Aoyama (1) unternommene Unterbindungen des Ductus cysticus an Kaninchen hatten die Bildung von fazettierten, bis reiskorngrossen, weichen, knetbaren Elementen zur Folge. Die vegetabilische Kost und das Nichttragen des Schnürleibes ist die Ursache für die Seltenheit der Gallensteine bei den Japanerinnen. Für die grössere Beteiligung der Frau und Mutter beim Gallensteinleiden ist nach Grube (20) der Ausfall des in der Galle der Schwangeren reichlich vorhandenen Cholesterins unter dem Einfluss der Geburt und der Schwangerschaft ursächlich. Auch ausserhalb der Schwangerschaft nimmt bei Eiweiss- und Fettmast das Cholesterin zu. Clark (10) beobachtete bei Sektionen in Ancona an der Kanalzone, dass die Neger weniger zu Gallensteinen neigen, als die weisse Rasse, noch weniger die aus der gemässigten Zone stammenden Neger, als die aus den Tropen. Nach E. Hesse und M. Hesse (24) sind Gallensteine in Russland seltener als im übrigen Europa. Sie fanden an sehr reichem Sektionsmaterial bei 0,73% der Männer und 4,75% der Frauen Gallensteinbildung. Auch die Komplikationen sind bei den Frauen häufiger. Am meisten belastet ist bei beiden Geschlechtern das sechste Lebensjahrzehnt, dem das siebente und achte sich anschliesst. In 84% der Fälle sind die Gallensteine latent. Die Cholecystitis sine concremento ist nicht so selten, wie sie gilt. Für die Entstehung des Krebses ist den Gallensteinen ein gewisser Einfluss zuzuschreiben. Schulz (34) hält in einer umfassenden, auch die Behandlung berücksichtigenden Arbeit für die Hauptursache der Gallenstauung und der nachfolgenden Steinbildung die Schwangerschaft, bei der mechanische und chemische Störungen eine Rolle spielen. Ferner sind Fettleibigkeit, chronische Verstopfung, sitzende Lebensweise, Hängebauch, Korsett- oder Gürtelschnürung für die Entstehung von Bedeutung. Der erste Anfall wird ausgelöst besonders durch Schwangerschaft, Infektion des Körpers, vorzüglich des Magendarmkanals oder Traumen.

H. Smidt (35) fand unter den Gallensteinkranken der Strassburger chirurgischen Universitätsklinik 38% Typhusbazillenausscheider. Etwa 2% aller früher Typhuskranken scheiden chronisch Bazillen aus. Nur selten gelingt es, den Herd der Bazillenwucherung operativ zu beseitigen. Mayer (28) wies bei 6 von 70 exstirpierten Gallenblasen Typhusbazillen und bei einer Paratyphus nach. Mehrfach konnten Monate nach der Operation im Stuhl Typhusbazillen gefunden werden. Die Erfolge der Gallenblasenentfernung zur Unterdrückung der Bazillenausscheidung sind also unsicher.

Dass Gallensteine gelegentlich auch im Röntgenbilde sichtbar sind, teilt Gosset (18) mit. Rubaschow (33) bringt kennenswerte Erörterungen über den Gallensteinnachweis durch das Röntgenverfahren.

Sourdat (37) empfiehlt von neuem örtliche Schmerzbetäubung zu Eingriffen an den Gallenwegen.

Auf Grund einer Fragenbogenforschung, der eigene Untersuchungen angeschlossen werden, suchen Graff und A. Weinert (19) die Ursache der Beschwerden nach Gallensteinoperationen zu erforschen. Sie finden am häufigsten richtige Adhäsionsbeschwerden, dann Beschwerden von seiten des Magendarmkanals, die ebenfalls vielfach durch Adhäsionen verursacht sind, in gleicher Anzahl Bauchbrüche, dann allgemeine nervöse Beschwerden, endlich am seltensten Beschwerden, bei welchen nach ihrer Art die Möglichkeit eines zurückgebliebenen Gallensteins vorliegt.

F. Milz.

1. Baur, J., Zur Kasuistik traumatischer isolierter Milzrupturen. Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte. Nr. 47.
2. Bayer, Weitere Untersuchungen über die Funktionen der Milz, vornehmlich ihre Rolle im Eisenstoffwechsel, mit besonderer Berücksichtigung des Morbus Banti. Mitteil. a. d. Grenzgebieten d. Med. u. Chir. Bd. 27. Heft 2.
3. *Dahl, R., Über die Behandlung der perniziösen Anämie mit Splenektomie. Hygiea. Bd. 76. Heft 8. (Schwedisch.)
4. *Descastello, A. v., Über den Einfluss der Milzexstirpation auf die perniziöse Anämie. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 13.
5. *Finkelstein, B. K., Zur Chirurgie der Milz auf Grund von 66 eigenen Fällen. (Russki Wratsch. Nr. 8.
6. Florowski, W. W., Ein Fall von isolierter Verwundung der Milz. Praktitscheski Wratsch. Nr. 19. (Stichwunde, geheilt durch Netzdeckung.)
7. Graf, Paul, Zur chirurgischen Therapie des hämolytischen Ikterus. Deutsche Zeitschrift f. Chir. Bd. 130. p. 462. (Bei drei Kranken mit Erfolg Milz exstirpiert.)
8. *Hansing, W., Die Milzexstirpation bei perniziöser Anämie. Med. Klinik. Nr. 40. p. 1544—1545.
9. *Hoffmann, H., Zur Chirurgie der Milz. Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 92. Festschrift Hamburg-Eppendorf. p. 396.
10. *Klemperer, G., In welchen inneren Krankheiten kommt die operative Entfernung der Milz in Frage? Therapie d. Gegenw. Heft 1.
11. Kreuter, Experimentelle Blutuntersuchungen bei Splenektomie wegen traumatischer Milzruptur. Verhandl. d. Deutsch. Ges. f. Chir. II. p. 796. Zentralbl. f. Chir. p. 58.
12. Lanz, Ligatur der Arteria splenica bei fixierter Wandermilz. Zentralbl. f. Chir. p. 228.
12a. Meyer, Artur, Beitrag zur Kenntnis der Milzfunktion. Zentralbl. f. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. XVIII. H. 1. S. 41. (Sammelreferate mit Literatur von 363 Nr.)
12b. Mühsam, Was erreichen wir mit der Milzexstirpation bei den verschiedenen Formen der Anämie? Verhandl. d. Deutsch. Ges. f. Chir. I. p. 221.
13. *Port, Fr., Beitrag zur Behandlung der perniziösen Anämie durch Milzexstirpation. Postoperatives reichliches Auftreten von Jollykörpern. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 12.
14. *Richards, Splenectomy in Egyptian splenomegaly. Brit. Journ. of Surg. Vol. 1. Nr. 3. Jan.
15. Routier, A., Rupture de la rate etc. hemorrhagie retardée. Splénectomie. Guérison. Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris. p. 642. (Vom Wagen überfahren- Blutung sieben Tage später, als der Kranke wieder umherläuft.)
16. *Sobotta, J., Anatomie der Milz. 25. Lieferung des Handbuches der Anatomie des Menschen von Prof. Dr. Karl v. Bardeleben. 3. Bd. 4. Abteilung. Anhang. Jena, G. Fischer.
17. *v. Stapelmohr, S., Neuere Ansichten über Blutkrankheiten und deren chirurgische Behandlung. Mitteilung eines neuen operierten Falles. Hygiea. Bd. 76. Heft 14. (Schwedisch.) (Ein eigener Fall, gestorben an Herzschwäche am Tage nach der Milzexstirpation.)
18. *Stassoff, R., Beiträge zur Chirurgie der Milzstichverletzungen unter besonderer Berücksichtigung der isolierten Netztransplantation. Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 89. Heft 2 u. 3. p. 621.
19. Tansini, I., et G. Morone, Splénomégalie avec cirrhose hépatique en période ascitique. Splénectomie et opération de Talma. Contribution à l'étude et au traitement des splénomegalies chroniques splénothrombosiques. Revue de chir. XXXIII. Année. Nr. 8.
20. Thursfield, H., Acholuric jaundice; splenectomy. St. Bartholomews hosp. reports. Vol. 49. London.
21. *Ziegler, Die Bantische Krankheit und ihre nosologische Stellung unter den splenomegalischen Erkrankungen. Ergebn. d. Chir. u. Orthop. Bd. 8. p. 625.

Die Anatomie der Milz wird von Sobotta (16) monographisch auf 47 Seiten mit 13 Abbildungen bearbeitet.

Milzstichverletzungen erfolgen nach Stassoff (18) meist durch den Brustkorb, seltener von den Bauchdecken aus; in der Mehrzahl der Fälle wird Pleura und Zwerchfell mitverletzt. Diagnose meist erst auf dem Operationstisch. Naht mit Netzplastik ist bei Stichen und kleineren Rupturen Normalverfahren. Eingang zur Milz von der erweiterten Aussenwunde aus transpleural! Sonst besonders bei Baucherscheinungen Schnitt nach Zeidler (Spaltung der Knorpel der VIII., IX. und X. Rippe des Zwerchfells und Verlängerung nach unten am Aussenrande des ersten geraden Bauchmuskels.) Die Mortalität der Schnitt-Stichwundenoperationen ergibt nach Finkelstein (5) 20%, gegen 50% bei Schusswunden.

Die Erfolge der Milzexstirpation bei perniziöser Anämie, die nach Hansing (9) bei Frauen weit häufiger ist, als bei Männern, sind im allgemeinen gut [Port (13), v. Descastello (4), Dahl (3)]. v. Descastello (4) sieht diese Besserung als Remission an, nicht als Heilung. Er sieht ferner in der Besserung nach Milzexstirpation keinen Beweis, dass die Milz als Krankheitsursache etwa durch primär gesteigerte hämolytische Tätigkeit in Betracht kommt. v. Stapelmohr (17) findet unter 46 Literaturfällen bei 63% Besserung, bei 11% keinerlei Änderung und bei 26% tödlichen Ausgang. Nach Mühsam (12a) erreichen wir mit der Milzexstirpation bei perniziösen Anämien eine weitgehende Besserung und wirken lebensverlängernd (anschliessend Diskussion).

Klemperer (10) teilt den Kreis der Blutkrankheiten mit Milzbeteiligung ein in die nichtoperative Gruppe, dazu Stauungsmilz, Amyloid, Leukämie, Granulom, Lymphosarkom, Malaria und Lues und die operative Gruppe, dazu Milztuberkulose, Neubildungen, Bantische Krankheit, hämolytischer Ikterus, dazu ferner perniziöse Anämie auch ohne Milzschwellung, die jedoch im Gegensatz zu den eben erwähnten Krankheiten nur eine Besserung durch Milzexstirpation, nicht eine Heilung erwarten lässt.

Die Bantische Krankheit beruht nach der umfassenden Bearbeitung Zieglers (21) (Literatur von 364 Nummern) primär auf einer Schädigung des Milzgewebes. Die Erkrankung kann auf die Milz begrenzt bleiben und entspricht dann dem Bilde der primären Splenomegalie mit Anämie, oder auch vielfach dem Bilde der Anaemia splenica. Bei Beteiligung der Pfortader und Leber kann schliesslich das Bild der atrophischen Leberzirrhose entstehen. Infektion der Milzvene, Pfortader und des periportalen Gewebes findet wahrscheinlich nicht nur durch das Blut, sondern auch durch die Lymphwege statt. Gemeinsame Ursache der Erkrankung ist zweifelhaft; ebenso gut können beliebige Blutinfektionen die Milzerkrankung auslösen. Wenn somit die Bantische Krankheit nicht als ätiologische Einheit bezeichnet werden kann, verdient sie doch die Sonderstellung einer typischen, symptomatischen, nosologischen Einheit. Die durch Milzexstirpation erzielten operativen Erfolge sind im allgemeinen als recht günstig zu bezeichnen.

Nach Richards (14) ist die ägyptische Splenomegalie der Bantischen Krankheit nahe verwandt. Auch bei dieser Krankheit wirkt die Milzentfernung heilend.

Die Technik der Milzexstirpation wird nach Mitteilung über chirurgische Milzerkrankungen besonders von Hoffmann (9) behandelt.

G. Bauchspeicheldrüse.

1. Brocy et Morel, Pancreatitis expérimentales. Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris. p. 24.
2. Deaver and Pfeiffer, Chronic pancreatitis. Annals of Surg. Nr. 6. Amer. Surg Assoc. number.
3. *Dietrich, Hans Albert, Pancreatitis acuta. Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 92. Festschr. Hamburg-Eppendorf. p. 322.
4. *Dreesmann, Die chirurgische Therapie der akuten Pankreatitis. Deutsche Zeitschrift f. Chir. Bd. 129. p. 41.
5. Gross, Heinrich, Die Tuberkulose der pankreatitischen Lymphregion. Eine „aerogene" Infektion? v. Langenbecks Arch. Bd. 104. Heft 2. (Keine endgültige Klärung der in der Überschrift gestellten Frage.)
6. *Jenckel, Zur Pathologie und Therapie der akuten Pankreasnekrose. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 131. p. 253.

6a. Körte, Peritonitis pancreatica. Verhandl. d. Deutsch. Ges. f. Chir. I. p. 239.
7. Roic, Zur Exstirpation der Pankreaszysten. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 12.
8. *Rollmann, Pancreatitis acuta. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 128. p. 86.
9. Speese, Retention cysts of the pancreas. Annals of Surg. Nr. 6.
10. Turner, Two cases of injury of the pancreas. Brit. Journ. of Surg. Vol. 1. Nr. 4.
11. Walter-Sallis, Jean, Les pancreatites non biliaires. Revue de chir. XXXIII. Année. Nr. 12. XXXIV. Année. Nr. 4.

Bemerkenswert sind die schönen Bearbeitungen der Pancreatitis acuta. Rollmann (8) stellt unsere Kenntnisse über dieses Leiden zusammen und fügt 12 Fälle unter besonderer Berücksichtigung diagnostischer und therapeutischer Gesichtspunkte hinzu (Literatur)! Auch Jenckel (6) bringt nicht eigentlich Neues. Seine Arbeit sei besonders empfohlen zum Studium des Krankheitsbildes und strittiger Fragen (Literatur)! Ähnlich Dietrich (3) aus der Abteilung Kümmells. Dreesmann (4) fasst seine Auffassung über das chirurgische Vorgehen bei der akuten Pankreatitis zusammen wie folgt: Bei allen schweren Fällen, ebenso bei den leichten Fällen, denen ein Gallensteinleiden voraussichtlich zugrunde liegt, ist möglichst sofortige Operation angezeigt. Bei denen, welche keinen schweren Eindruck machen, darf die Operation zunächst unterbleiben; sie hat aber stattzufinden, falls nicht innerhalb der nächsten 24 Stunden eine Besserung erfolgt. Die Operation besteht in einer möglichst ausgedehnten Freilegung des Pankreas nach Durchtrennung des Lig. gastrocolicum. Die Bursa ist am besten durch zwei dicke Glasdrains zu drainieren, die eine andauernde Kontrolle des Pankreas ermöglichen. Diese Drainage soll mindestens 14 Tage liegen bleiben. Sie darf nicht eher entfernt werden, bis das Befinden des Kranken keinerlei subjektive oder objektive Störungen mehr darbietet. Bei jeder Operation sind die Gallenwege zu revidieren. Liegt eine Erkrankung an ihnen vor, so ist ihre Beseitigung durchaus erforderlich, und zwar, sobald es eben der Zustand des Kranken gestattet.

Nachtrag.

Zu Kapitel V. 1.

1. **Forssner, Hj.**, Über profuse intraperitoneale Blutungen von den Eierstöcken. Verhandl. d. obst.-gyn. Sekt. d. Ges. schwed. Ärzte. Hygiea. (Der Verf. stellt sich sehr skeptisch gegen die profusen sogenannten Corpus luteum-Blutungen und ist überzeugt, dass in den meisten Fällen diese Blutungen aus Ovarialgraviditäten herrühren.) (Silas Lindqvist.)
2. **Gröné, O.**, Über profuse Blutungen von den Eierstöcken. Verhandl. d. obst.-gyn. Sekt. d. Ges. schwed. Ärzte. Hygiea. (Der Verf. ist der Meinung, dass den grossen, abundanten Blutungen von den Eierstöcken meistens eine Ovarialgravidität zugrunde liegt.) (Silas Lindqvist.)

Zu Kapitel VII. 1.

1. **Ahlström, E.**, Fall von rektovaginaler Fistel nach Geburt entstanden infolge einer zu tiefen Anlegung von Suturen. Verhandl. d. obst.-gyn. Sekt. d. Ges. schwed. Ärzte. Hygiea. (Silas Lindqvist.)
2. **Ahlström, E.**, Ein Fall von Sarcoma vulvae. Totalexstirpation der äusseren Geschlechtsteilen mit Ausräumung von beiden Leistengegenden im Zusammenhang mit diesen. Verhandl. d. obst.-gyn. Sekt. d. Ges. schwed. Ärzte. Hygiea. (Silas Lindqvist.)

Zu Kapitel IX. 1.

1. **Ahlström, E.**, Fall von torquierter Pyosalpinx. Verhandl. d. obst.-gyn. Sekt. d. Ges. schwed. Ärzte. Hygiea. (Silas Lindqvist.)

Zu Kapitel X.

1. **Ellwyn, C.**, Zwei Fälle von weiblicher Genitalmissbildung. Verhandl. d. obst.-gyn. Sekt. d. Ges. schwed. Ärzte. Hygiea. (Silas Lindqvist.)

Zu Kapitel XI.

1. **Forssner, Hj.**, Über Tumoren in prostatahomologen Bildungen beim Weibe. Verhandl. d. obst.-gyn. Sekt. d. Ges. schwed. Ärzte. Hygiae. (Silas Lindqvist.)

II. TEIL.

GEBURTSHILFE.

I.

Allgemeines, Lehrbücher, Lehrmittel.

Referent: Privatdozent Dr. M. Stickel, Berlin.

A. Lehrbücher, Kompendien, Lehrmittel.

1. Bar, Brindeau, Chambrelent, La pratique de l'art des accouchements. 3. Aufl. Paris. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 33. p. 1163.
2. Birk, Leitfaden der Säuglingskrankheiten. Bonn.
3. Bourne, Synopsis der Geburtshilfe. Bristol. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 17. p. 627 f.
4. Eulenburg, A., Realenzyklopädie der gesamten Heilkunde. 4. Aufl. Bd. 14 u. 15.
5. Gauss, Kinematographische Vorführungen aus dem Gebiet der Geburtshilfe. Demonstration in der Freiburger med. Ges. 22. Juli. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 36. p. 1619.
6. Keller und Birk, Kinderpflege-Lehrbuch. 2. Aufl. Berlin.
7. Oppel, Leitfaden für das embryologische Praktikum und Grundriss der Entwickelungslehre des Menschen und der Wirbeltiere. Jena.
8. Piskacek, Lehrbuch für Schülerinnen des Hebammenkurses und Nachschlagebuch für Hebammen. 5. Aufl. Wien. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. Heft 3. p. 434.
9. Polano, Geburtshilflich-gynäkologische Propädeutik. Würzburg. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 28. p. 1573.
10. Schultze, B. S., Lehrbuch der Hebammenkunst. 15. Aufl. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 29. p. 1029 f.
11. Schwalbe, Therapeutische Technik für die ärztliche Praxis. Leipzig.
12. Vogt, Sammlung stereoskopischer Röntgenbilder aus der Geburtshilfe. Wiesbaden.

B. Geschichtliche und sonstige Werke und Aufsätze allgemeinen Inhalts. Berichte aus Kliniken, Privatanstalten etc.

1. Abderhalden, Abwehrfermente. Das Auftreten blutfremder Substanzen und Fermente im tierischen Organismus unter experimentellen, physiologischen und pathologischen Bedingungen. 4. Aufl. Berlin. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 45. p. 2209.
2. Ander, Mutterschaft oder Emanzipation. Berlin.
3. v. Bardeleben, K., Der gegenwärtige Stand der Lehre von der Geschlechtsbestimmung. Zeitschr. f. Sexualwissenschaft. Heft 2. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 39. p. 1277.

4. Bloch, Kritische Betrachtungen zu dem Geburtenrückgang in Deutschland und den zu seiner Bekämpfung vorgeschlagenen Mitteln. Inaug.-Diss. Strassburg 1913. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 33. p. 1183 f.
5. Braun, Vorausbestimmung des Geschlechtes. New York. Med. Journ. Vol. 99. Nr. 23. p. 1140. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 39. p. 1278.
6. Buecheler, Zur Frage des Geburtenrückganges. Mittelrhein. Ges. f. Geb. u. Gyn. 15. Febr. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. Heft 5. p. 713 ff. (Mit Diskussion.)
7. Burkhard, Joseph Servatius von d'Outrepont. Jena. Ref. Deutsche med. Wochenschrift. Nr. 7. p. 347.
8. Cary, Bemerkungen über die Durchgängigkeit der Tuben durch die Anwendung von Kollargol und Röntgenstrahlen. Amer. Journ. of Obst. and Diss. of Women and Childr. March. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 30. p. 1085.
9. Cook, Obstetric medicine in Uganda. Brit. Med. Journ. June 13. p. 1281.
10. Daniëls, C. E., Bijdrage tot de geschiedenis der verloskunde. (Beitrag zur Geschichte der Geburtshilfe.) Nederl. Tijdschr. v. Verlosk. I. Helft. Nr. 20. p. 1667—1670. (Holländisch.) (Lamers.)
11. Deppe, Frauenärztliches aus Deutsch-Ostafrika. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 40. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 42. p. 2103.
12. Ferroni, Fisiopatologia generale della gravida. Mailand. Ref. Gyn. Rundschau. Jahrg. 8. Heft 14. p. 523.
13. De Feyfer, F. M. G., Zur Geschichte des Schamfugenschnittes in Holland (bis 1840). Janus. 19. Jahrg. Nr. 7/9. p. 312—327 u. Nr. 10/11. p. 341—379. (Deutsch.) (Lamers.)
14. Fischer, Die Ausleihung der ärztlichen Krankengeschichten. Münchn. med. Wochenschrift. Nr. 47. p. 2274 ff. u. Nr. 48. p. 2307 ff.
15. — Die hygienische Bedeutung der Mutterschaftsversicherung. Münchn. med. Wochenschrift. Nr. 23. p. 1288 ff.
16. — Fortschritte auf dem Gebiet der Mutterschaftsversicherung. Münchn. med. Wochenschrift. Nr. 14. p. 772 f.
17. Flesch, Der Einfluss der Geschlechtskrankheiten auf die Gesundheit und Fruchtbarkeit der Frau. Jahresverhandl. d. deutsch. Ges. z. Bekämpf. d. Geschlechtskrankh. (mit Diskussion). Leipzig, 19.—21. Juni. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 27. p. 1532.
18. Ford, Sterilität der Frauen. Med. Record. Vol. 85. Nr. 19. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 30. p. 1085.
19. Frau und Mutter, Zeitschrift für Kinderpflege, Erziehung und Gesundheit in Haus und Familie. Wien.
20. Freund, W. A., Nekrolog auf Alfred Hegar. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 38. p. 1765.
21. Goenner, Zur Frage der Intrauterinstifte. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 42. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 45. p. 1799.
22. Grassl, Der Geburtenrückgang in Deutschland. Kempten und München. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 31. p. 1743.
23. Grotjahn, Geburtenrückgang und Geburtenregelung im Lichte der individuellen und sozialen Hygiene. Berlin. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 36. p. 1724.
24. Guttzeit, Die Verantwortlichkeit des Arztes bei Misserfolgen. Leipzig 1912. Ref. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 52. p. 1661.
25. Heil, Geburtshilfliche und gynäkologische Mitteilungen aus der Praxis. Leipzig. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 17. p. 627.
26. Hirsch, Max, Fruchtabtreibung und Präventivverkehr im Zusammenhang mit dem Geburtenrückgang. Würzburg. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 15. p. 834.
27. — Röntgenstrahlen und Eugenik. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 32. p. 1132 f.
28. Hofmeier, Geburtenrückgang und Säuglingssterblichkeit. Physik.-med. Ges. Würzburg. 10. Juni. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 47. p. 1998.
29. Huber, Die junge Frau. 2. Aufl. Leipzig. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 29. p. 1492.
30. Hübner, Die praktische, wissenschaftliche Diagnose und Behandlung der männlichen und weiblichen Sterilität. Med. Record. Vol. 85. p. 840. Nr. 19. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 30. p. 1085.
31. Hüffel, Der Geburtenrückgang. Zeitschr. f. d. ges. Gyn. u. Geb., sowie deren Grenzgeb. Bd. 5. p. 529.

32. Jahn, Der Geburtenrückgang in Pommern. Inaug.-Diss. Greifswald.
33. Kisch, Die künstliche Befruchtung beim Menschen. Zeitschr. f. Sexualwissensch. Heft 2. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 30. p. 1086.
34. Kleinweg de Zwaan, J. P., Een merkwaardig vruchtbaarkeidsgebruik. (Ein merkwürdiger Fruchtbarkeitsbrauch.) Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. II. Helft. Nr. 22. p. 1762—1765. (Holländ.) (Lamers.)
35. Langstein und Meyer, Säuglingsernährung und Säuglingsstoffwechsel. Wiesbaden. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 48. p. 2310.
36. Lenz, Leitsätze der deutschen Gesellschaft für Rassenhygiene zur Geburtenfrage. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 28. p. 1568 f.
37. Liepmann, Die Frau, was sie von Körper und Kind wissen muss. Stuttgart, Leipzig, Wien. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 30. p. 1069.
38. Lissmann, Geburtenrückgang und männliche sexuelle Impotenz. Würzburg. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 51. p. 2410.
39. Loeb und Zoeppritz, Die Beeinflussung der Fortpflanzungsfähigkeit durch Jod. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 25. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 30. p. 1086.
40. Martin, A., Alfred Hegar. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. Heft 3. p. 331.
41. — Der intrauterine Stift. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. Heft 6. p. 665 ff.
42. Martin, Schauta, Döderlein, Beteiligung der Leiter und Assistenten der deutschen und österreichisch-ungarischen Universitäts- und Akademie-Frauenkliniken am Weltkrieg. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. p. 681.
43. Mayet, Die Sicherung der Volksvermehrung. Ges. f. soz. Med., Hyg. u. Medizinal statistik. Berlin, 23. April. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 39. p. 1797.
44. Meyer, Leopold, Laerebog i Fódselshjaelpen. Bd. 2. (Lehrbuch der Geburtshilfe. Bd. 2.) Speziell die Pathologie der Geburt und des Wochenbettes. 380 p. Kopenhagen. (O. Horn.)
45. Newell, F., The ideal obstetric out-patient clinic. The Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Febr. Vol. 69. p. 256 ff.
46. Opitz, Über die Behandlung der weiblichen Unfruchtbarkeit. Therap. d. Gegenw. Jan. u. Febr. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 30. p. 1083 ff.
47. Patellani, Der Geburtenrückgang in Italien. Ginec. moderna. Jahrg. 7. Heft 1—4. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 33. p. 1184.
48. Pazzi, L' educazione sessuale come coefficiente profiattico contro la sterilità. La Rass. d' ost. e gin. 23. Nr. 10.
49. Pichevin, Le Docteur Koeberle et son oeuvre. Elsäss. Rundschau. Ref. Gyn. Rundschau. Jahrg. 8. Heft 14. p. 524 f.
50. Prochownick und Rüder, Beratung und Beschlussfassung über die seitens der Niederrheinisch-westfälischen und anderer Gesellschaften für Geburtshilfe eingeleitete Bewegung gegen den Vertrieb und die Anwendung intrauteriner, empfängnisverhütender Mittel (mit Diskussion). Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 33. p. 1169 ff.
51. Pulvermacher, Das Wöchnerinnenheim der Heilsarmee 1898—1913. Berlin.
52. Raphael, Geburts- und geburtshilfliche Statistik Kurlands. Petersb. med. Zeitschr. Nr. 3. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 33. p. 1182.
53. Rieck, Zur Therapie der Amenorrhoe. Ein Wort für den Intrauterinstift. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 30. p. 1061 ff.
54. — Notwendige Bemerkungen zu dem Aufsatz von Opitz: Über die Gefahren des Intrauterinstiftes. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 45. p. 1393.
55. Rob, Geburten in Böhmen in den Jahren 1881—1912. Ressuco neuropsychopathologii. Nr. 5 u. 6. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 41. p. 1320.
56. Rupprecht u. a., Die Behandlung der jugendlichen Prostituierten. Jahresverhandl. d. deutsch. Ges. z. Bekämpf. d. Geschlechtskrankh. Leipzig, 19.—21. Juni. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 27. p. 1533.
57. Sarkissiantz, Zur Frage der künstlichen Sterilisation der Frau. Med. Klinik. Nr. 15. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 30. p. 1086.
58. Schlossmann, Die Frage des Geburtenrückganges. Ges. f. soz. Med., Hyg. u. Medi zinalstatistik. Berlin, 22. Dez. 1913. Ref. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 13. p. 623.
59. Schwaab, Une chaise-lit obstétricale. Presse méd. Nr. 30. p. 289.
60. Sellheim, Produktionsgrenze und Geburtenrückgang. Stuttgart. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 32. p. 1133.

61. Späth, Tubensterilisation oder vaginale Korpusresektion bei tuberkulösen Frauen. Geb. Ges. Hamburg. 7. April. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 33. p. 1163 ff. (Mit Diskussion.)
62. Steiger, Über den Einfluss des Klimas und der Rasse auf das weibliche Geschlechtsleben. Gyn. Helvetica. Frühlingsausgabe. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 33. p. 1184.
63. Strauss, Einfluss des Geburtenrückganges auf die Sterblichkeitsziffer. Prager med. Wochenschr. Nr. 26. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 29. p. 1495.
64. Strong, Frigidität vom soziologischen und gynäkologischen Standpunkt. Pacif. Med. Journ. Jan. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 20. p. 1086.
65. Stumpf, Franz von Winkel. 18 Vorträge aus seinem Nachlass. Ref. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 35. p. 1263.
66. Traugott, Fortschritte in der Gynäkologie des praktischen Arztes. Therap. Monatshefte. März. p. 157 ff.
67. Veit, Der Geburtenrückgang, seine Ursache und die Mittel zu seiner Bekämpfung. Prakt. Ergebn. d. Geb. u. Gyn. Jahrg. 5. Heft 2. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 15. p. 565.
68. Weber, F., Die Tamponade in Geburtshilfe und Gynäkologie. Münchn. med. Wochenschrift. Nr. 5. p. 247 ff.
69. Weindler, Darstellung sterbender Wöchnerinnen auf antiken Grabmälern. Gyn. Rundschau. Heft 14. p. 508.
70. Westermark, Die Stellung der Geburtshilfe in Schweden am Ende des 17. Jahrhunderts und die Bedeutung von Johann von Hoorns für die Entwicklung derselben. Hygiea. p. 625.
71. Wichmann, Beiträge zur ältesten Geschichte der Geburtshilfe in Rom. Arch. f. Gyn. Bd. 162. Heft 3.
72. Williams, Has the american gynecological society done its part in the advancement of obstetrical knowledge? Journ. of the Amer. Med. Assoc. Bd. 62. Nr. 23. June 6. p. 1767.
73. Zweifel, E., Erfahrungen an den letzten 10000 Geburten mit besonderer Berücksichtigung des Altersbildes. Arch. f. Gyn. Bd. 101. Heft 3. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 42. p. 2102.

C. Sammelberichte.

1. Aschner, Kritischer Rückblick über wichtige gynäkologische Arbeiten aus dem Jahr 1913. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 18. p. 1001 f.
2. Beckmann, Bericht über die russische gynäkologische Literatur des Jahres 1913. Sammelreferat. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. Heft 1. p. 100.
3. Hüssy, Italienische Literatur über Geburtshilfe und Gynäkologie. Sammelreferat. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. Heft 1. p. 75 ff.
4. Weber, F., Puppel, Heimann, Bondy, Küster, Hüffel, Die geburtshilflich-gynäkologischen Dissertationen der deutschen Universitäten im Wintersemester 1913 bis 1914. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. Heft 1. p. 112 ff.

II.

Hebammenwesen.

Referent: Dr. R. Hirsch, Berlin.

1. Ahlfeld, F., Der Kernpunkt in der Frage von der Bedeutung des Alkohols bei der Händedesinfektion. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. XXXI.
2. Alin, E., Einige Ziffern zur Beleuchtung der Tätigkeit der Hebammen. Verhandl. d. obst.-gyn. Sekt. d. Ges. Schwed. Ärzte. Hygiea. (Silas Lindquist.)
3. Borrmann, Käthe, Festalkol in der Hebammenpraxis. Hyg. Rundschau. Nr. 6. (Borrmann sagt, dass die Desinfektion mit Festalkol mindestens ebenso gute Resultate ergibt wie Alkohol-Sublimatdesinfektion und sicher besser sei als die Alkohol-Kreosolseifendesinfektion.)
4. Champneys, An Adress on the Working of the Midwives Act. The Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Nr. 6.
5. Eckstein, E., Zur Ausbildung des Krankenpflegepersonals und der Hebammen in Österreich. Gyn. Rundschau. Heft 2.
6. — Österreichischer Hebammenkalender. Wien 1914.
7. Kosmak, Certain aspects of the midwife problem in relation to the medical profession and the community. Med. Record. 23. p. 1013.
8. v. Klein, Reichsgerichtsentscheidung über den Kunstfehler einer Hebamme. Nordostdeutsche Ges. f. Gyn. 45. Sitzg. 7. Febr.
9. Laubenheimer, K., Festalkol als Händedesinfektionsmittel. Hyg. Rundschau Nr. 9. (Nach den Untersuchungen Laubenheimers ist das Festalkol nicht geeignet, den flüssigen Alkohol in der Desinfektion der Hände zu ersetzen.)
10. *Leisewitz, Meine Erfahrungen als Hebammenlehrer vom 1. Juli 1909 bis 1. Juli 1913. Annalen f. d. ges. Hebammenwesen. Bd. 5. Heft 1.
11. *Opitz, K., Die für den praktischen Arzt wichtigen Bestimmungen des Hebammenlehrbuches. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 28.
12. Piskacek, Lehrbuch für Schülerinnen des Hebammenkurses und Nachschlagebuch für Hebammen. Wien 1913.
13. *Rissmann, Die Hebammenfrage. Verhandl. d. 40. deutsch. Ärztetages. München, 26. u. 27. Juni. Münch. med. Wochenschr. Nr. 28.
14. Rodenwaldt, Hebammentätigkeit in Anecho. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 27.
15. *Roth, Die Heranziehung der Hebammen zur Säuglingsfürsorge. Annalen f. d. ges. Hebammenwesen. Bd. 5. Heft 1.
16. *Schultze, B. S., unter Mitwirkung von M. Stumpf, Lehrbuch der Hebammenkunst. 15. Aufl. Engelmann. Leipzig. Ref. Deutsche med. Wochenschr.
17. Walther, H., Zur Hundertjahrfeier der Hebammenlehranstalt zu Giessen mit besonderer Berücksichtigung der ersten Entwicklungsjahre der Anstalt. (1814—1914) Gyn. Rundschau. Heft 21 u. 22.

In den Verhandlungen des Deutschen Ärztetages zu München am 26. und 27. Juni 1914 stellt Rissmann (13) folgende Leitsätze auf:

1. Es ist für Deutschland auch heute noch zweckmässig, an der bisherigen Ausdehnung der Berufstätigkeit der Hebammenschwestern festzuhalten und nicht etwa Geburtshelferinnen auszubilden.
2. Unser nächstes Streben muss dahin gehen, baldigst für die Hebammenschwestern in jeder Beziehung das zu erreichen, was Kranken- oder Säuglingsschwestern heutzutage schon gewährt wird (Vorbildung, Ausbildung, Einkommen, Ruhegehalt usw.).

3. Die Hebammenschulen stehen am besten unter staatlicher Verwaltung und bedürfen eines in jeder Beziehung reichlichen Materials. So muss mit der Hebammenschule eine Poliklinik (Mütter- und Säuglingsberatungsstelle) und eine geburtshilfliche Poliklinik verbunden sein und ihr ein Mutterheim angegliedert sein. Auf die Heranbildung eines tüchtigen Hebammenlehrerstandes muss viel mehr Gewicht als bisher gelegt werden.
4. Wir bedürfen dringend eines deutschen Reichsgesetzes für Hebammen, wie einer Mutterschaftsversicherung in Deutschland.
5. Die Ärzte, welche Geburtshilfe treiben, müssen das Hebammenlehrbuch kennen und zu jeder Geburt und Fehlgeburt eine Hebammenschwester zuziehen.
6. Es muss für die Praxis — in ähnlicher Weise wie in Baden oder Mecklenburg — ein engerer Zusammenhang zwischen Hebammenlehrer und praktischen Ärzten einerseits und den Hebammenschwestern andererseits geschaffen werden. Die Kreis-(Amts-)ärzte können allein die Kontrolle der Hebammen in der Praxis nicht ausführen.

Im Anschluss an die aufgestellten Leitsätze führt Rissmann deren Begründung noch des weiteren aus. Es entwickelt sich eine Diskussion, an der sich Dyhrenfurth, Franz-Schleiz, Hirschberg, Besselmann, Back, Mugdan und Eiermann beteiligen. Am Schluss der Debatte werden die aufgestellten Leitsätze mit ganz geringfügigen Änderungen angenommen.

Roth (15) ist dafür, dass die Hebammen zum Säuglingsschutz herangezogen und in der Säuglingshygiene fortgebildet werden sollen.

Leisewitz (10) stellt nach seinen Erfahrungen folgende Forderungen auf: Der Unterricht muss streng einheitlich sein; er muss sich genau an die im Hebammenlehrbuch gegebenen Vorschriften halten, die jedem, der an der Unterweisung teilnimmt, genau bekannt sein müssen. Der Hebammenlehrer sollte stets ein in der Praxis stehender Arzt sein; theoretischer wie praktischer Unterricht ist, um die erforderliche Einheitlichkeit zu garantieren, nur von ihm oder in Gemeinschaft mit einem ihm unterstellten Hebammenlehrerassistenten zu erteilen. Eine Trennung der Hebammenschule von der Frauenklinik scheint ihm in beiderseitigem Interesse erforderlich.

Opitz (11) gibt einen Auszug der für den Arzt wissenswerten Bestimmungen des Hebammenlehrbuches. Es ist nötig für den Arzt, die wichtigsten Punkte dieses Buches zu kennen, denn es können sonst leicht Konflikte zwischen Arzt und Hebamme entstehen, die im Interesse aller — Arzt, Hebamme und Patientin — gut sind, zu vermeiden.

Schultze (16) spricht sich, obwohl er ein entschiedener Gegner jeder unnötigen Berührung der Genitalien durch die Hebamme ist, dennoch gegen das neuerdings angeregte Verbot der inneren Untersuchung aus. In der verschieden beantworteten Frage des Frühaufstehens der Wöchnerin billigt er nur dem Arzt die Entscheidung zu, wann die Wöchnerin aufstehen kann. Wo die Hebamme allein anzuordnen hat, soll sie die Frau während der ersten Woche im Bett halten, weil in den weniger bemittelten Volksschichten das Verlassen des Bettes mit der Wiederaufnahme der Arbeit identisch ist. Das Baden des Neugeborenen ist, mangels eines einwandfreien Gefässes oder Wassers, bis zum Abfalle des Nabelstranges, auch in der Privatpraxis, durch Waschungen zu ersetzen. Das Recht, in Notfällen, wo ein Arzt nicht zu erreichen ist, intrauterine, manuelle Operationen vorzunehmen, kann ihnen erst dann allgemein zugestanden werden, wenn durch Hebung des Hebammenstandes in wissenschaftlicher, wirtschaftlicher und sozialer Hinsicht ihre Befähigung, insbesondere auch zur Indikationsstellung, ihre Geschicklichkeit und speziell die Möglichkeit einer Asepsis der Hebammenhand geschaffen sein werden.

Um die innere Untersuchung Gebärender auf das Notwendigste einzuschränken und zur sicheren Feststellung, ob der Kopf mit dem grössten Umfange ins Becken eingetreten ist, beschreibt Schwarzenbach den sogenannten Hinterdammgriff; man drückt in der Wehenpause langsam die Fingerspitzen zwischen Steissbein und After in die Tiefe nach oben zu und fühlt dann mit raschem Druck deutlich den harten Kopf, wenn er in der Beckenhöhle oder im Ausgang steht. Hat der Kopf mit seinem grössten Umfang den Beckeneingang noch nicht passiert, dann ist er durch den Hinterdammgriff niemals zu fühlen.

III.

Physiologie der Gravidität.

Referent: Dr. R. Hirsch, Berlin.

a) Zeugung, Schwangerschaftsveränderungen im mütterlichen Organismus, Physiologie der Frucht und ihrer Anhänge.

1. Anttonen, E., Einige Erfahrungen über eingebildete Schwangerschaft. Finska Läkaresälsk. Handb. Bd. 56. Heft 5.
2. Armbruster, Zur Physiologie der embryonalen Nierenlappung. Der Frauenarzt. Heft 9.
3. — Altes und Neues über den embryonalen Kreislauf. Der Frauenarzt. Heft 4.
4. Aymerich, Über den Kalkgehalt des Blutes in der Schwangerschaft. Ginecol. 10. Ann. Nr. 21.
5. Bardeleben, Karl v., Der gegenwärtige Stand der Lehre von der Geschlechtsbestimmung. Zeitschr. f. Sexualwiss. Bd. 1. Heft 2.
6. Benthin, Die Hämolyse der Streptokokken eine Schwangerschaftsreaktion? Zentralbl. f. Gyn. Nr. 24.
7. Best, N. D., Schwangerschaft bei erhaltenem Hymen. Brit. med. Journ. Nr. 2783. (Beobachtung einer normalen Geburt bei einer 32jährigen Nullipara, bei der das Hymen sich beutelartig in die Vagina einstülpen liess, aber nur eine kleine Öffnung zeigte.) (Rothe.)
8. Bigler, Energometrische Untersuchungen an Schwangeren, Kreissenden und Wöchnerinnen. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 45.
9. Blumenthal, N., und E. Fränkel, Untersuchungen mit der Meiostagminreaktion. Münch. med. Wochenschr. Nr. 39.
10. Bonerstad, Die Gewichtsverhältnisse reifer norwegischer Neugeborener in den ersten 12 Tagen nach der Geburt. Arch. f. Gyn. Bd. 101. p. 292.
11. Braun, Isr., Geschlechtsbestimmung. New York. med. Journ. Vol. 99. Nr. 23.
12. Cecikas, J., Beitrag zur Kenntnis des Einflusses der Nephritis auf die Zeugung. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 30.
13. *Decio, Sul contenuto in grasso e colesterina del sangue delle gravide e delle puerpere in condizioni normali e patologiche. Annali di Ost. e Gin. I. Sem. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 13.
14. Eben, R., Beiträge zur Diagnose der frühen Schwangerschaftsstadien nebst Untersuchungen über den diagnostischen Wert der Kutanreaktion in der Schwangerschaft. Prager med. Wochenschr. Nr. 24.

15. Fabre und Petsetakis, Veränderungen des Jugularpulses während der Schwangerschaft. Bull. de la Soc., d'obst. et de gyn. Nr. 4. p. 319.
16. v. Fellenberg und Döll, Über die biologischen Beziehungen zwischen Mutter und Kind. Gyn. Helvet. Frühlingsausgabe.
17. Fränkel, L., Ovulation, Konzeption und Schwangerschaft. Zeitschr. f. Geb. Bd. 74. Heft 1. Ref. Frauenarzt. Heft 9.
18. — Ovulation, Konzeption und Schwangerschaftsdauer. Zeitschr. f. Geb. Bd. 74 Heft 1.
19. Füth, H., Weitere Beiträge zur Verschiebung des Cökums während der Schwangerschaft. Arch. f. Gyn. Bd. 101. Heft 2.
20. Garnier et Levy-Fränkel, Le reflexe oculo-cardiaque dans la grossesse. Soc. de Biol. 26 Avril.
21. Gammeltoft, S. A., Den interne Sekretion under Svangerskabet. (Die interne Sekretion während der Schwangerschaft.) Übersichtsreferat. Ugeskr. f. Laeger. p. 2069—2082. (O. Horn.)
22. Giltscher, Über die Entstehung des Geschlechts im Zusammenhang mit der modernen Vererbungslehre. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. Heft 4.
23. Gleiser, Beitrag zur Frage der Leberfunktion in der Schwangerschaft. Gyn. Helvet. Frühlingsausgabe.
24. Guisti, La reazione deciduale sul collo dell' utero, sugli an messi e sul peritoneo pelvico in gravidanza uterina e suo modo di produzione. La Gin. 23. p. 693.
25. Haberda, Die Empfängniszeit. Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Med. Bd. 47. Suppl. 1.
26. Halban, Zur Kenntnis der Zwillingsschwangerschaft. Geb.-gyn. Ges. in Wien. Sitzg. vom 20. Jan. Zentralbl. f. Gyn. 9.
27. — und Köhler, Die Beziehungen zwischen Corpus luteum und Menstruation. Arch. f. Gyn. Bd. 103.
28. Hart, D. Berry, Über die Dauer des Intervalles zwischen Befruchtung und Geburt bei einigen Säugetieren nach biometrischen Kurven, mit besonderer Berücksichtigung des Geburtsbeginnes beim Menschen. Edinburgh med. Journ. Vol. 11. Nr. 4.
29. Hellin, Dromp, Über eine noch unbekannte Eigenschaft des Blutserums von Neugeborenen und Schwangeren. Münch. med. Wochenschr. Nr. 24.
30. Hinselmann, H., Die angebliche physiologische Schwangerschaftsthrombose von Gefässen der uterinen Plazentarstelle. Zeitschr. f. Geb. 73. Heft 1.
31. Hirschberg, L., Der neueste wissenschaftliche Weg, das Geschlecht vorauszubestimmen. Med. council. Vol. 19. Nr. 3.
32. Huber, W., Die junge Frau. Betrachtungen und Gedanken über Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. 2. Aufl. Leipzig.
33. Johnstone, Beitrag zum Studium von im frühesten Stadium befindlichen menschlichen Eiern. Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Nr. 5.
34. De Jong, A., Intradermale und konjunktivale Schwangerschaftsreaktion. Münch. med. Wochenschr. Nr. 27.
35. Kaltenschnee, Ureterfunktion in der Schwangerschaft. Zeitschr. f. Gyn. Urol. Bd. 4. Heft 5.
36. Kehrer, F., Homologe Akte und einzelne Arten der Fortpflanzung. Beitr. z. Geb. u. Gyn. Bd. 19. Heft 2.
37. Kisch, E. H., Über künstliche Befruchtung beim Menschen. Zeitschr. f. Sexualwiss. Bd. 1. Heft 2.
38. Kober, E., Über die Beziehungen von Gewicht und Länge der Neugeborenen zur Dauer der Schwangerschaft. Diss. Tübingen 1913.
39. Kolde, W., Veränderungen der Nebenniere bei Schwangerschaft und nach Kastration. Arch. f. Gyn. Bd. 99. Heft 2.
40. Kuntzsch, Über das konstitutionelle Moment bei der Geschlechtsbestimmung. Wodurch ist die Hinfälligkeit der männlichen Früchte bedingt? Vortrag in der Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin. Sitzg. vom 13. Febr.
41. Kupferberg, H., Die Schönersche Theorie der praktischen Vorausbestimmung des Geschlechts beim Menschen. Münch. med. Wochenschr. Nr. 16.
42. Kuiga Kurihara, Über den Keimgehalt des Urins Schwangerer. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 76. Heft 1.
43. Lehmann, Diskussion zum Vortrag von Kuntzsch. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin. Sitzg. vom 27. Febr.

44. Landsberg, Erich, Eiweiss- und Mineralstoffwechsel bei der schwangeren Frau nebst Tierversuchen mit besonderer Berücksichtigung der Funktion endokriner Drüsen. Zeitschr. f. Geb. 76. Heft 1.
45. Liguret, A., Beitrag zur Histologie der Hypophyse während der Schwangerschaft. Inaug.-Diss. Paris.
46. Linzenmeier, G., Ein junges menschliches Ei in situ. Arch. f. Gyn. Bd. 102.
47. Lupnoff, A., Die äussere Überwanderung des Eies. Ssibirski Wratsch. Nr. 14, 15 u. 16.
48. Maier, M., Untersuchungen über Eisengehalt, Hämoglobin und Blutkörperchenvolumen bei geburtshilflichen und gynäkologischen Patientinnen. Inaug.-Diss. Freiburg.
49. *Marcotty, A., Über das Corpus luteum menstruationis und das Corpus luteum graviditatis. Arch. f. Gyn. Bd. 105. p. 63.
50. Markoe, J., Ein Wiederaufleben des Gebärstuhles. Bull. of the Lying-in-Hosp. of the City of New York. Vol. 9. Nr. 4.
51. Marshall, G., Akutes Hydramnion bei eineiigen Drillingen in der 18. Woche der Schwangerschaft. Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 25. Nr. 4.
52. Mauriac et Strynfau, La cholestérinémie au cours de la grossesse. Réunion biol. de Bordeaux. 6 Janv.
53. Meyer-Ruegg, Einiges über Befruchtung und Einbettung des menschlichen Eies. Vorträge im Fortbildungskurs für Ärzte in Zürich 1913.
54. *Miller, J. W., Corpus luteum, Menstruation und Gravidität. Arch. f. Gyn. Bd. 101. Heft 3.
55. Novak, Josef, Wege und Ziele auf dem Gebiete der inneren Sekretion vom gynäkologischen Standpunkt. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. Aug. Heft 2.
56. Nyhoff, De uroloed der eierstokken op het nouwelijh organisme. Nederl. Tijdskr. v. Geneesk. 1912. I. Nr. 16, 17, 18.
57. Nürnberger, L., Nachempfängnis und Vererbungsfragen bei der Erzeugung rassedifferenter Zwillinge. Arch. f. Gyn. Bd. 102. Heft 1.
58. Orgler, A., Beobachtungen an Zwillingen. Das Längenwachstum der Zwillinge. Mitteilung 2. Monatsschr. f. Kinderheilk. Bd. 12. Nr. 8.
59. Papendieck, Mikroskopische Beobachtung fermentativer Vorgänge im Blutserum. Deutscher Kongr. f. inn. Med. in Wiesbaden. Ref. Wiener med. Wochenschr. Nr. 32.
60. Paramore, R. H., The intra-abdominal pressure in pregnancy. Proc. Royal Soc. Med., Obst. and Gyn. Sect. Vol. 6. Nr. 9.
61. Petri, Th., Biologische Reaktionen und ihre Bedeutung für die Geburtshilfe und Gynäkologie. Monatsschr. f. Geb. Bd. 38. Heft 1.
62. Pinard, Sigues et diagnostic de la gestation utérine normale pendant sa première moitié. Ann. de Gyn. Nr. 4.
63. Puppel, E., Biologische Schwangerschaftsreaktion und ihre Ergebnisse in der Praxis. Monatsschr. f. Geb. Bd. 39. Heft 6.
64. Resinelli, G., La diagnosi biologica di gravidanza. Gaz. ital. d. levatr. Ann. 3. Nr. 1.
65. Rohleder, H., Die künstliche Befruchtung beim Menschen. Wiener klin. Rundschau. Jahrg. 28. Nr. 22.
66. — Monographien über die Zeugung beim Menschen. Bd. 4: Die libidinösen Funktionsstörungen der Zeugung beim Weibe.
67. *Rössle, R., Das Verhalten der menschlichen Hypophyse nach Kastration. Virchows Arch. Bd. 216. Heft 2.
68. *Ryder, W., Ein Fall von künstlicher Zeugung mit positivem Erfolg. Aus der Entbindungsanstalt B des Reichshospitals. Ugeskr. for Laeger. Nr. 16. Ref. Münch. med. Wochenschr. Nr. 31.
69. — Et Tilfaelde af Fecundatio artificialis med positive Resultat. (Ein Fall von Fecundatio arteficialis mit positivem Resultat.) Ugeskr. f. Laeger. p. 696—697. (Die Frau gesund, der Mann Hypospadie. Möglichst schnell nach Coitus per praeservativum Injektion von bei normaler Körpertemperatur aufbewahrtem Sperma in die Uterinkavität.) (O. Horn.)
70. Seitz, L., H. Wurtz und L. Fingerhut, Über die biologische Funktion des Corpus luteum, seine chemischen Bestandteile und deren therapeutische Verwendung bei Unregelmässigkeiten der Menstruation. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 30.
71. Straaz, De voorkoming van Striae. Nederl. Maandbl. u. Verlosk. en Vrouwenz. en v. Kindergeneesk. 1912. Bd. 1.

72. Taussig, Fred. J., Über die Ursache der Entstehung von Schwangerschaftsstreifen. Transact. of the Amer. Gyn. Soc. Bd. 38. 1913.
73. Terhola, Lauri, Über Blutveränderungen während der Geburt, Laktationsperiode und der ersten Menses post partum. Arch. f. Gyn. Bd. 103. Heft 1.
74. La Torre, F., Besteht vom geburtshilflichen Standpunkte aus ein wohl definierter Typus der Muskelstruktur des Uterus? Gyn. Rundschau. Heft 7.
75. *Triepel, Das Alter menschlicher Embryonen. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 33.
76. Verney, La cuti-reazione della gravidanza. La clin. Ostetr. Nr. 13.
77. Vicarelli, Lavoro e maternita. La Rass. d'Ost. e Gyn. Nr. 6.
78. *Villandre, Plexus hypogastricus und sein Ganglion beim menschlichen Embryo vor dem Ende des dritten Monats. Ann. de gyn. et d'obst. Febr. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 47.
79. Wallart, Schwangerschaftsveränderungen der Tube. Gyn. Helvet. Frühlingsausgabe.
80. — Über Frühstadien und Abortivformen der Corpus luteum-Bildung. Arch. f. Gyn. Bd. 103.
81. *Waterston, Die Entwicklung des menschlichen Herzens mit Bezug auf seine funktionelle Tätigkeit. Lancet. p. 4733. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 47.
82. Weisswange, Ovulum aus der achten Schwangerschaftswoche. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 2. p. 89.
83. Zöller, Adolf, Geschlechtsbestimmung und Geschlechtsentwicklung vor der Geburt. Adler-Verlag, G. m. b. H.
84. v. Zubrzycki, Studien über die Meiostagminreaktion bei Karzinom und Schwangerschaft. Arch. f. Gyn. Bd. 102.

Decio (13) berichtet über den Fettgehalt im Blute von schwangeren Frauen.

Bei der schwangeren Frau ist eine Zunahme des lipo-lipoidischen Gehaltes an Cholesterin des Blutes anzutreffen. Diese Lipo-Lipoidämie ist ganz besonders ausgeprägt am Ende der Schwangerschaft, während sie in den ersten Monaten vermisst wird. Am Ende der Schwangerschaft erreicht die Durchschnittszahl der erwähnten Stoffe einen zweimal höheren Wert als bei Nichtschwangeren. Die einzelnen Beobachtungen können uns zu voneinander bedeutend abweichenden Resultaten führen, ohne dass man deshalb auf das Alter, auf die Primi- oder Pluriparität oder darauf, dass Wehen vorhanden sind oder nicht, ein Gewicht zu legen braucht.

In den ersten acht Tagen des Wochenbettes zeigt die Durchschnittszahl der betreffenden Stoffe die Neigung zu einer Abnahme; da jedoch der Einfluss aller dem Wochenbette eigentümlichen organischen und funktionellen Modifikationen die Folgen des Verschwindens der Lipämie und Cholesterinämie während der Schwangerschaft bedingenden Momente abschwächt bzw. aufhebt, so entbehrt die quantitative Kurve dieser Substanz jeder Regelmässigkeit. — Ein Zusammenhang zwischen dem Gehalt des Blutes an diesen Stoffen, den Lochien, der Rückbildung des Uterus, der Tätigkeit der Mamma ist nicht aufzufinden. Die Menge dieser Stoffe — speziell des Cholesterins — war eine besonders reichliche bei intrauterinem Tode des Fötus. Die Entstehung der Schwangerschaftslipämie kann auf zweierlei Momente zurückgeführt werden: die geringere Verbrennung der organischen Fette und die stärkere Aufnahme der Nährfette vom Darm aus.

Die eigentlichen Lipoide verdanken ihre Entstehung einer gesteigerten lipoidogenetischen Tätigkeit der innersekretorischen Drüsen, vor allem der Nebenniere und des Corpus luteum.

Unter pathologischen Verhältnissen, besonders bei Eklampsie, wo hohe Prozentsätze an Fettsäuren anzutreffen sind, ist es wahrscheinlich, dass eine weitere Quelle in der Plazenta und der Leber zu erblicken ist. Die Ansammlung von Fetten, Lipoiden und Cholesterin im Blute Schwangerer ist dazu bestimmt, für die Bedürfnisse des Fötus und für die neuen Erfordernisse der Mutter Sorge

zu tragen. In Anbetracht der grossen Bedeutung der Lipoide in der Physiologie und Pathologie ist es wahrscheinlich, dass viele pathologische Erscheinungen während der Schwangerschaft auf den veränderten Gehalt des Blutes an Lipoiden zurückzuführen sind. Die puerperale Bradykardie steht in keinem Zusammenhang mit dem erhöhten Gehalt des Blutes an Fetten.

Der hohe Gehalt des Blutes eklamptischer Frauen an Fettsäuren steht höchstwahrscheinlich in keiner Beziehung zur Pathogenese der Krankheit. Die Cholesterinämie ist als eine Schutzreaktion des Organismus gegen die Gifte aufzufassen, welche in grösserer Menge als normal, selbst im Körper der gesunden Schwangeren kreisen.

Marcotty (49) hat histologische Versuche angestellt, mittelst deren die Unterscheidung zwischen Corpus luteum menstruationis und Corpus luteum graviditatis sowie die Altersbestimmung beider mit einiger Sicherheit zu treffen ist. Seine Ergebnisse sind folgende:

Mittelst der Entwicklung des Blutpigmentes lässt sich zur Altersbestimmung der Corpora lutea eine mit der Menstruationskurve alternierende Kurve aufstellen, deren Beginn in die Mitte zwischen zwei Menstruationstermine fällt. Bereits vor der Menstruation treten Blutungen in das Corpus luteum menstruationis auf (Meyer). Diese prämenstruellen Blutungen sind, wie aus dem Pigment ersichtlich, mässigen Grades. Unter dem Einfluss der Menstruation findet, wie die zunehmende Pigmentbildung in der postmenstruellen Periode zeigt, ein erneuter Austritt von Blut in das Corpus luteum statt (Aschoff). Das Alter des Corpus luteum menstruationis lässt sich aus dem Blutbefunde, der Veränderung der Erythrozyten und der Pigmentbildung ungefähr bestimmen. Fett ist in den Corpora lutea menstruationis bereits in dem prämenstruellen Frühstadium vorhanden, und zwar am deutlichsten in den Thekaluteinzellen. Allmählich tritt die Fettinfiltration, von der Peripherie beginnend, auch in den Granulosaluteinzellen auf, während die Thekaluteinzellen fettärmer erscheinen. In den ganz späten Stadien enthalten die letzteren fast kein Fett mehr. Die Hauptverfettung der Granulosaluteinzellen besteht erst nach der Menstruation.

Im Gegensatz zum Corpus luteum menstruationis fällt beim Corpus luteum graviditatis die in der Menstruation entstehende Blutung fort und die prämenstruelle Blutung findet nur in manchen Fällen statt. Die Corpora lutea graviditatis stellen im wesentlichen fortgebildete Stadien der im prämenstruellen Blutstadium befindlichen, durch die Menstruation noch nicht modifizierten Corpora lutea dar. Die Verfettung ist also in den Corpora lutea graviditatis geringer als in den Corpora lutea nach der Menstruation.

Kolloid tritt in den Corpora lutea graviditatis lediglich in den Granulosazellen auf. Es tritt namentlich in den ersten Schwangerschaftsmonaten auf, kann aber auch noch im Puerperium gefunden werden. Kalkkonkremente sind nicht konstant, finden sich aber häufig vom Ende des fünften Monats an (Miller). Zystische Hohlräume sind in den Corpora lutea fast regelmässig bis zum sechsten Monat vorhanden. Später findet man einen soliden Kern.

Nach Miller (54) besteht zwischen Ovulation und Menstruation ein festes Abhängigkeitsverhältnis, und zwar geht der Follikelsprung der Blutung durchschnittlich neun Tage voraus. Während das Ei die Tube durchwandert, erfolgt die Umbildung der Membrana granulosa des Follikels zum Corpus luteum, dessen epitheliale Natur durch die vergleichende Entwicklungsgeschichte, durch das Auffinden von Kolloid innerhalb der Luteinzellen und den Nachweis direkter Übergänge erwiesen ist.

Das frische Corpus luteum gibt keine Fettreaktion; erst nach Beginn seiner Rückbildung gelingt der Fettnachweis. Das Corpus luteum graviditatis gibt während der ganzen Dauer der Schwangerschaft so gut wie keine Fettfärbung. Das Corpus albicans entsteht durch Zugrundegehen der verfetteten Luteinzellen allein durch hyaline Entartung des bindegewebigen Retikulums. Eine histo-

logische Differentialdiagnose des Corpus luteum graviditatis wird durch den Nachweis von Kolloidtropfen und Kalkkonkrementen bei negativem Ausfall der Fettreaktion ermöglicht.

Der gelbe Körper ist eine periodisch sich bildende Drüse mit innerer Sekretion; sie veranlasst die zyklische Umbildung des Endometriums zur Decidua — das Ei ist hierzu nicht nötig — und ermöglicht so die Implantation des Ovulums; sie bewirkt — als trophisches Zentrum für den Uterus — ganz allgemein den in den Generationsjahren erhöhten Turgor des Organs und protegiert so die junge Schwangerschaft; sie verhindert eine neue Eireifung während ihrer Funktionsdauer. Die sogenannte Laktationsatrophie des Uterus ist keine reflektorische Trophoneurose, sondern nur die Folge der fehlenden Corpus luteum-Neubildung

Der Nachweis eines inneren Sekrets des Corpus luteum im Reagenzglasversuch durch die Komplementbindungsmethode misslingt, da Hormone niemals zur Antikörperbildung Veranlassung geben. Versuche, ein Sekret des gelben Körpers durch vitale Färbung nachzuweisen, haben noch zu keinem Ergebnis geführt.

Die Schwangerschaftstoxikosen entstehen möglicherweise durch eine Unterfunktion des Organs.

Die Menstruation stellt — ein Indikator frustraner Ovulation — nur eine Entlastung des hyperämischen Uterus vor; für das Zustandekommen der Konzeption hat sie keine Bedeutung. Im Menstrualblut ist vielleicht die Nährflüssigkeit für das Ei, die beim Abbau des Nestes abfliesst, zu sehen. Brunst und Menstruation sind entwicklungsgeschichtlich und physiologisch prinzipiell verschiedene Erscheinungen.

Als geeignetster Termin für die natürliche wie die künstliche Befruchtung ergibt sich der 10. Tag vor dem berechneten Eintritt der neuen Periode.

Zur Implantation gelangt stets das Ovulum der zuerst ausbleibenden Regel; eine postmenstruelle Einbettung gibt es nicht. Die Schwangerschaftsdauer ist daher um 19 Tage zu reduzieren.

Der zeitliche Verlauf der sich in den inneren Genitalien abspielenden Vorgänge lässt sich durch folgendes Schema veranschaulichen:

1. Januar Menstruationsbeginn.
19. „ Termin für künstliche Befruchtung.
20. „ Ovulation.
20. bis 27. oder 28. Januar Einwanderung und Ausbildung des Corpus luteum.
22. Januar Beginn der Funktion des Corpus luteum und des Prämenstruums.
27. bis 29. Januar Implantation.
29. Januar Beginn der Menstruation und der Rückbildung des gelben Körpers.

Von 10000 Frauen, die Fränkel (17) beobachtete, konzipierten 109 nach längerer Amenorrhoe, und zwar 74 ohne vorhergegangene Menstruation, 35 nach einer Menstruation. Daraus schliesst Fränkel, dass die Konzeption dicht nach der Ovulation erfolgt. Die Imprägnation würde demnach ca. 15—20 Tage nach Eintritt der letzten Menstruation stattfinden, da meist 19 Tage vor Eintritt der Menstruation ein junges Corpus luteum gefunden wird, die Ovulation also erfolgt ist.

Nach Triepels (75) Untersuchungen ist das Menstrualalter, auch wenn es von dem wahren Alter des Embryos abweicht, für die Bestimmung des Alters menschlicher Embryonen von Bedeutung. Das Menstrualalter lässt sich aus der Anamnese leicht ermitteln und das wahre Alter ist im Mittel um 18 bis 19 Tage geringer.

Ryder (68) berichtet einen Fall von künstlicher Zeugung mit positivem Erfolg, bei dem er mit einer gewöhnlichen Injektionsspritze mit langer Kanüle das Sperma (bei Körpertemperatur nach Coitus per preservativum aufbewahrt)

eingespritzt hat. Bei drei früheren Versuchen hatte er das Sperma mit gleichen Teilen physiologischer Kochsalzlösung gemischt; diese misslangen, während der letzte Versuch nach der veränderten Technik Erfolg hatte. Es handelte sich um eine Hypospadie des Mannes, die Genitalien der Frau zeigten keine Abnormitäten.

In 28 Fällen von Ovarektomien und Totalexstirpationen hat Rössle (67) die Hypophysen mikroskopisch untersucht. Unter diesen 28 Fällen boten 15 ausgesprochen die histologischen Merkmale der Kastration dar: Vermehrung und Heterotopie der Eosinophilen, Abnahme bzw. Schwund der Basophilen. In sieben Fällen war der Befund negativ, in sechs zweifelhaft. Bei jungen Frauen, die noch nicht oft geboren hatten, war der Befund am deutlichsten.

Lohmeyer prüfte das Verhalten der proteolytischen Fermente der Leukozyten bei Gravidität und Puerperium. Die Gravidität führt stets, und zwar von Anfang an zu einer ausgesprochenen Erhöhung des proteolytischen Leukozytenfermentes, dessen verstärkte Wirkung während der Geburt und in den ersten zwei Wochen des Puerperiums bestehen bleibt. Bei Puerperalfieber und überhaupt bei Fieber ist die proteolytische Kraft des Leukozytenfermentes während der Fieberperiode erhöht.

Villandre (78) hat Untersuchungen über den Plexus hypogastricus und seine Ganglien bei menschlichen Embryonen angestellt. Dieselben ergaben, dass beim menschlichen Embryo vor dem Ende des dritten Monats der Plexus hypogastricus, seine ganglionäre Platte und ihre ausführenden Zweige unter der Kurve der Umbilikalarterien eine kontinuierliche Hülle bilden, welche die intrapelvinen Eingeweide, Rektum, Genitalstrang und Blase umgibt und sie befestigt. Ausser dieser nervösen Bedeckung zeigt sich ein Lager eines lockeren Zellgewebes, gut markiert an den seitlichen Teilen, ausgebreitet zwischen dem Sakrum nach hinten und dem Schambein vorn, von der Arteria umbilicalis oben bis zum Beckenboden unten, welches in sich enthält die Zweige der Arteria umbilicalis und die Venen des Beckens.

Waterston (81) untersuchte die Herzen von menschlichen Embryonen. Das Herz eines drei Wochen alten Embryos zeigte bereits Andeutungen der späteren Trennung in Vorkammer und Kammer. Es stellt ein sich selbst regulierendes Organ dar, welches ganz unabhängig vom Zentralnervensystem ist. Bei sechs Wochen alten Embryonen sind Kammern und Vorkammern bereits deutlich geschieden und es erscheint ein neuer Mechanismus in Gestalt eines an der Vereinigung von Sinus venosus und Atrium gelegenen Knotens, der sich später zu dem sinu-aurikularen, die Kontraktionen des Atriums erzeugenden Knoten Keiths entwickelt. Vom achten Monat an erscheint das atrio-ventrikuläre Hisssche Bündel, das sich von der Wand der Vorkammer bereits auf das Ventrikelseptum fortsetzt.

---

b) Diagnostik und Diätetik.

1. Allgemeines.

1. *Bumm, Demonstrationen in der Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie zu Berlin. Sitzg. vom 13. Febr. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 43.
2. Engelhorn und H. Wintz, Über eine neue Hautreaktion in der Schwangerschaft. Münch. med. Wochenschr. Nr. 13.
3. *Esch, Neue Hautreaktion in der Schwangerschaft. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 20.
4. Kayser, K., Geburtshilfliche Röntgendiagnosen. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgentherapie. Bd. 22. Heft 1.

5. Kehrer, E., und F. Dessauer, Versuche und Erfahrungen mit der röntgenologischen Beckenmessung. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 1.
6. Kreiss, Röntgenologische Beckenmessung. Vortrag, geh. a. d. Int. Kongr. d. Deutsch. Röntgenges. Berlin. April. Ref. Zentralbl. f. Gyn. u. Geb. Bd. 5. Heft 4.
7. — Die Röntgendiagnose der Zwillingsschwangerschaft. Gyn. Ges. zu Dresden. 19. März.
8. Kroon, I. P. H., Eenige cyfers over de geboorten naar de maanden. Ned. Tijdschr. v. Geneesk. 2. Helft. Nr. 25. (Ein sehr lesenswerter Beitrag zur Frage, in welchen Monaten die meisten Geburten stattfinden, auch in Zusammenhang mit der Zeit der meisten Heiraten, die soviel im Monat Mai geschlossen werden. Eine Vergleichung zwischen den Aufgaben des Statistischen Bureaus von Berlin und von Amsterdam wird beigefügt. Die Abhandlung eignet sich aber nicht gut zu einem Referate.) (Mendes de Leon.)
9. *Labhardt, A., Über ein häufiges Frühzeichen der Schwangerschaft. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 29.
10. *Perussia, Felice, Zur Technik der Radiographie des Fötus im Uterus. Radiolog. med. Bd. 1. Nr. 5.
11. Peters, Zum Kapitel Schwangerschaftsdauer. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 9.
12. Pierra, L., Welcher Art soll die Hygiene der Schwangeren sein? Journ. des sages-femmes. Ann. 42.
13. Roos van den Berg, W. J., Over de afscheiding van kreatine en kreatinine gedurende de zwangerschap, tijdens de baring en in het kroambed. (Über die Ausscheidung von Kreatin und Kreatinin während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes.) Diss. in Utrecht. Juni. 137 p. (Holländ.) (Untersuchungen an 73 Schwangeren und Wöchnerinnen, darunter 13 Eklamptische [von denen vier starben], 13 leichte Schwangerschaftsalbuminurien, 1 Mola und 5 Fälle von Hydramnion. Für die Kreatininbestimmung wurde die Folinsche Methode benutzt; das Kreatin wurde indirekt durch Überführung in Kreatinin nach dem Verfahren von Benedict und Myers bestimmt. Von jeder einzelnen Patientin werden die Untersuchungsresultate in einer Tabelle zusammengefasst. Verf. kommt zu folgendem Ergebnis. Infolge der Schwangerschaft wird im Urin Kreatin ausgeschieden; in den ersten Tagen des Wochenbettes nimmt diese Kreatinausscheidung als Regel stark zu, während meistens 3—4 Wochen nach der Geburt der Urin kein Kreatin mehr enthält. Es bestehen dabei grosse individuelle Unterschiede. Während der Schwangerschaft ist die Kreatininabsonderung erhöht [gefunden wurde im Mittel 0,873]; ebenso in den ersten Tagen des Wochenbettes. Frauen mit Zeichen von Schwangerschaftsintoxikation zeigen, was ihre Kreatinabsonderung betrifft, keinen Unterschied gegen Schwangere ohne Symptome des gestörten Stoffwechsels. Es ist sehr wohl anzunehmen, dass ein Zusammenhang besteht zwischen Tonuserhöhung des Gebärmuttermuskels während der Schwangerschaft und dem Auftreten von Kreatin im Urin. Kritische Literaturzusammenstellung im Text.) (Lamers.)
14. Saunders, Chas, Die Behandlung der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes. Virginia med. semi-monthly. Vol. 19. Nr. 3.
15. Schwarzenbach, E., Der diagnostische Hinterdammgriff. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 27.
16. Schwarz, H., Hygiene der Schwangerschaft. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Wom. and Childr. Vol. 69. p. 2.
17. Schweitzer, B., Über die Berechtigung der Milchsäurespülungen in der Schwangerschaft. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 9.
18. Stratz, C. H., Verstrykt de navel in de zevende maand der zwangerschap. Ned. Tijdschr. v. Verlosk. en Gyn. 24. Jahrg. 1. Aufl. (Kurze polemische Arbeit mit zwei Abbildungen, einer eigenen und einer nach einem Gemälde von Rembrandt, „Bathseba" zum Beweise, dass bei einer Schwangeren der Nabel erst nach dem siebenten Monate ganz verstrichen ist.) (Mendes de Leon.)
19. Treub, H., Zwangerschapsdermographie. Nederl. Maandschr. v. Verlosk. ‚Vrouwen-en Kindergeneesk. Deel III. Nr. 5. p. 280—288. (Holländ.) (Ausgeprägt bei liegenden Schwangeren und Wöchnerinnen an der Bauchhaut in Form von weissen Streifen, die kürzer oder länger bestehen bleiben. Kommt aber auch bei Nichtschwangeren und Männern vor. Treub denkt sich als Ursache vielleicht eine leichte Schwangerschaftstoxikose, die das Auftreten vasomotorischer Störungen begünstigt. Abbildung auf 1 Tafel.) (Lamers.)

20. Vogt, E., Sammlung stereoskopischer Röntgenbilder aus der Geburtshilfe. Wiesbaden.
21. Waasbergen, G. H. van, Physiologie von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Nederl. Maandschr. voor Verlosk. Jahrg. 3. Nr. 4.
22. *Zweifel, E., Versuche zur Beeinflussung des Bakteriengehaltes der Scheide Schwangerer durch medikamentöse Spülungen. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. Heft 4.

Bumm (1) demonstriert in der Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie zu Berlin zwei Röntgenbilder, von denen das eine eine Hochschwangere betrifft und sowohl das Skelett des Kindes wie das Skelett der Mutter in ausgezeichneter Weise erkennen lässt. Bisher versagten die Aufnahmen am Ende der Gravidität. An Stelle des Beckeneinganges bekam man nur einen grossen Schatten, aus dem nicht viel zu ersehen war. Herr Warnekros demonstriert das neue Aufnahmeverfahren, mittelst dessen die Bilder hergestellt wurden.

Kehrer und Dessauer (5) geben ein röntgenologisches Verfahren zur Beckenmessung an, mittelst dessen die Bestimmung der Conjugata vera auf den Millimeter genau ermöglicht ist.

Perussia (10) hat gute Resultate bei Röntgenaufnahmen des schwangeren Uterus erhalten und zwar bei folgendem Verfahren: Am Tage vor der Aufnahme bekommt die Schwangere ein Abführmittel und am Morgen selbst ein Klistier. Die Blase muss leer sein. Die Lagerung der Schwangeren richtet sich nach dem Zwecke der Aufnahme. Will man das mütterliche Becken mit aufnehmen, so muss man die Aufnahme in sagittaler Richtung machen. Sind aber die mütterlichen Knochen Nebensache, will man also hauptsächlich das fötale Skelett haben, so wirken die mütterlichen Knochen störend; es empfiehlt sich eine Mittellage zwischen Bauch- und Seitenlage, oder Rücken- und Seitenlage. Während der Aufnahme muss der Atem angehalten werden. Unbedingt erforderlich sind Kompressionszylinder von 13 cm Durchmesser. Die Härte der Röhren soll nicht mehr als 5—6 Walter betragen. Wenn diese Grundsätze, die Verf. noch näher angibt, angewandt werden, ist es möglich, noch nicht sichergestellte Schwangerschaften zu diagnostizieren, oder auch das Vorhandensein von Zwillingen etc. festzustellen.

Labhardt (9) führt den schon in der fünften bis sechsten Woche der Schwangerschaft auftretenden suburethralen, quer verlaufenden, livid verfärbten Streifen Scheidenschleimhaut auf eine Stauung in den querverlaufenden, suburethralen, venösen Gefässen zurück, die eine Verbindung zwischen den Bulbi vestibuli bilden. Dieser Suburethralwulst tritt bei der Mehrzahl der Schwangeren deutlich auf, bei Mehrgeschwängerten in noch höherem Masse. Allerdings tritt diese livide Verfärbung des Suburethralwulstes auch bisweilen bei Tumoren auf, so dass man es nicht als ein absolut sicheres Schwangerschaftszeichen betrachten kann.

Eben legt zur Frühdiagnose der Schwangerschaft sehr viel Wert auf das Dickensonsche Symptom der Zunahme des Uterus im Sagittaldurchmesser und der dadurch vorgetäuschten Anteflexion. Er erkennt die Verwertbarkeit der Abderhaldenschen Reaktion an, während er mit der von Engelhorn (2) und Wintz angegebenen Methode, durch kutane Impfung mit Plazentarextrakten die Diagnose zu sichern, keine Erfolge hatte.

Esch (3) injizierte je 16 graviden und nichtgraviden Frauen intrakutan Plazentarpresssaft und die durch fraktionierte Fällung mit Ammoniumsulfat aus dem Presssaft gewonnenen Eiweissstoffe. Mehr als einen quantitativen Unterschied in der Reaktion zwischen den Graviden und Nichtgraviden konnte er nicht feststellen.

Zweifel (22) hat die Scheide von Schwangeren mit verschiedenen Lösungen gespült. Er hat in verschiedenen Zeitintervallen sowohl vor als nach den Spülungen das Scheidensekret bakteriologisch und chemisch geprüft. Nach Spü-

lungen mit Sublimat, Kaliumpermanganat, Hydrargyrumoxyzyanat oder Argentum nitricum hat er in einigen Fällen eine günstige Beeinflussung — Abnahme der Kokken, Vermehrung der normalen Döderleinschen Bazillen und stärkeren Säuregehalt — feststellen können. Ebenso mit $^1/_2{}^0/_0$iger Milchsäurelösung. Hingegen zeigten Spülungen mit Borsäure, essigsaurer Tonerde, Lysoform und destilliertem Wasser eher eine ungünstige Wirkung.

2. Serologische Schwangerschaftsdiagnostik.

1. *Abderhalden, E., Die experimentellen Beweise für das Vorkommen von Abwehrfermenten unter verschiedenen Bedingungen. Münch. med. Wochenschr. Nr. 36.
2. — Die Bedeutung und die Herkunft der sogenannten Abwehrfermente. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 6.
3. — Die experimentellen Beweise für das Vorkommen von Abwehrfermenten unter verschiedenen Bedingungen. Münch. med. Wochenschr. Nr. 36.
4. — Über die Abderhaldensche Schwangerschaftsdiagnose. (Polemik.) Münchn. med. Wochenschr. Nr. 13.
5. — Abwehrfermente. Das Auftreten blutfremder Substrate und Fermente im tierischen Organismus unter experimentellen, physiologischen und pathologischen Bedingungen.
6. — Die Schwangerschaftsserodiagnostik mittelst des Dialysierverfahrens und der optischen Methode. Monatsschr. f. Geb. 38. Heft 1.
7. — Der Nachweis der blutfremden Fermente (Abwehrfermente) mittelst gefärbter Substrate. Münch. med. Wochenschr. Nr. 16.
8. — und G. Ewald, Enthält das Serum von Kaninchen, denen ihr eigenes Blutserum bzw. solches der eigenen Art intravenös zugeführt wird, proteolytische Fermente, die vor der Einspritzung nicht vorhanden waren? Münchn. med. Wochenschr. Nr. 17.
9. *— und Fodor, Weitere Untersuchungen über das Auftreten blutfremder proteolytischer Fermente im Blute Schwangerer. Untersuchungen des Dialysates mittelst Ninhydrin und gleichzeitiger Feststellung seines Stickstoffgehaltes mittelst Mikroanalyse. Münch. med. Wochenschr. Nr. 14.
10. — und L. Grigorescu, Biologische Prüfung der Ergebnisse des Dialysierverfahrens. Münch. med. Wochenschr. Nr. 14.
11. — — Das Verhalten von Tieren, die plasmafremde Substrate nebst den zugehörigen Fermenten bzw. nur erstere allein im Blute besitzen, gegenüber der parenteralen Zufuhr bestimmter Peptone, Proteine und Serumarten. Münch. med. Wochenschr. Nr. 22.
12. — H. Holle und H. Strauss, Über den Nachweis der Wirkung proteolytischer Fermente des Serums mittelst Enteiweissungsverfahren und Feststellung der Zunahme der mit Ninhydrin reagierenden Stoffe resp. des Stickstoffgehaltes des Filtrates des abgeschiedenen Eiweisses. Münch. med. Wochenschr. Nr. 15.
13. — und M. Paquin, Über den Nachweis der Wirkung proteolytischer Fermente des Serums mittelst Enteiweissungsverfahren und Feststellung der Zunahme der mit Ninhydrin reagierenden Stoffe resp. des Stickstoffgehaltes des Filtrates des abgeschiedenen Eiweisses. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 15.
14. — und F. Wildermuth, Die Verwendung der Vordialyse bei der Fahndung auf Abwehrfermente unter Anwendung des Dialysierverfahrens. Münchn. med. Wochenschrift. Nr. 16.
15. Adachi, S., Beiträge zur Schwangerschaftsdiagnose mittelst des Antitrypsinverfahrens. Zeitschr. f. Gyn. Bd. 76. Heft 2.
16. Allmann, Zur Serodiagnostik nach Abderhalden. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 6.
17. Akimota, R., Über die Abderhaldensche Reaktion und ihre Anwendungen. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 2. p. 81.
18. Ballerini, Ricerche istochimiche sul grasso e sei lipoidi placentari. Annali di Ost. e Gin. I. Sem.
19. Berman, L., The application of the Ninhydrin reaction to the urines and urine dialysates of pregnant women. The Amer. Journ. of Obst. Aug.
20. Berner, K., Über Absorptionserscheinungen bei dem Abderhaldenschen Dialysierverfahren. Münch. med. Wochenschr. Nr. 15.

21. Bisgaard und Korsbjerg, Kritische Bemerkungen zu Abderhaldens Dialysierverfahren. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 27.
22. Bloch-Vormser, Die Reaktion nach Abderhalden und die Diagnose der Schwangerschaft. Gyn. Jan.
23. Bolaffio, M., Anaphylaxieversuche in Beziehung zur Schwangerschaft. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 76. Heft 2.
24. Brocks, Bericht über Erfahrungen mit der Rosenthalschen Schwangerschaftsreaktion. Bayr. Ges. f. Geb. u. Gyn. Sitzg. vom 25. Jan. zu Nürnberg.
25. *Budde, Diskussion zu dem Vortrage von Abderhalden: Die experimentellen Beweise für das Vorkommen von Abwehrfermenten unter verschiedenen Bedingungen. Verein d. Ärzte in Halle. Sitzg. vom 8. u. 15. Juli. Münch. med. Wochenschr. Nr. 39. p. 2009. Nr. 45. p. 2213.
26. Csepai, K., Beiträge zur diagnostischen Verwertbarkeit des Abderhaldenschen Dialysierverfahrens. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 23.
27. Deetjen, H., und E. Fraenkel, Der Einfluss der Konzentration der Substanzen auf die Ninhydrinreaktion. Münch. med. Wochenschr. Nr. 15.
28. Dejust, Susanne, Stellt die Abderhaldensche Reaktion bei der Frau und der Hündin ein wechselseitiges Phänomen vor? Compt. rend. hebdom. des séances de la soc. de biol. Tome 76. Nr. 11.
29. Deutsch, F., und R. Köhler, Serologische Untersuchungen mittelst des Dialysierverfahrens nach Abderhalden. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 34. p. 1361.
30. Diner, J., Serumdiagnosis. New York. med. Journ. Nr. 10.
31. *v. Domarus, A., und W. Barzieck, W., Zur Frage der Abwehrfermente. Münch. med. Wochenschr. Nr. 28.
32. *Ecalle, G., Proteolytische antiplazentare Fermente im Serum der Schwangeren. Arch. mens. d'obst. et de gyn. Ann. 3. Nr. 3.
33. *Echols, Chester M., Limitations of the Dialysis Method as a Practical Test for Pregnancy. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. 63. Nr. 5.
34. *Eder, A., Über die Abderhaldensche Schwangerschaftsreaktion. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 41.
35. Esholz, Ch. M., Grenzen der Dialysiermethode als praktischer Schwangerschaftsnachweis. Amer. med. Assoc. Atlantic City. 22.—26. Juni. (Die Resultate waren bei den graviden Fällen stets positiv, bei nicht graviden Fällen aber auch in 12%.)
36. Falls, F. H., und W. H. Welker, Das Auftreten nicht kolloidaler, auf Ninhydrin reagierender Substanzen im Urin. Journ. Amer. med. Assoc. Nr. 23.
37. Fasiani, Über die Abderhaldensche Fermentreaktion. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 11. p. 267.
38. Fehser, Über Spezifität der Abderhaldenschen Fermentreaktion. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. Heft 5.
39. *Fetzer, Über Spezifität der Abderhaldenschen Fermentreaktion. Monatsschr. f. Geb. Nov. Heft 5.
40. *— und Nippe, Zum Nachweis der Blutfreiheit der zur Abderhaldenschen Reaktion verwendeten Substrate und Seren. Münch. med. Wochenschr. Nr. 42.
41. *Flatow, L., Über die Abderhaldensche Schwangerschaftsdiagnose. Münch. med. Wochenschr. Nr. 9.
42. — Über die Abderhaldensche Schwangerschaftsdiagnose. (Polemik.) Münch. med. Wochenschr. Nr. 11.
43. — Spezifitätsfrage der sogenannten Abwehrfermente. Deutscher Kongr. f. inn. Med. in Wiesbaden. April.
44. — Über Abbau von Kasein durch Blutserum. Ein Vorschlag zur Bestimmung des „proteolytischen Index". Münch. med. Wochenschr. Nr. 27.
45. Franz, R., Die antiproteolytische Serumwirkung in Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett und die Bedeutung der Antitrypsinmethode für die serologische Schwangerschaftsdiagnostik. Arch. f. Gyn. Bd. 102. Heft 3.
46. *Freund, R., und C. Brahm, Weitere Erfahrungen mit der Abderhaldenschen Reaktion allein und im Vergleich mit der Antitrypsinmethode. Münchn. med. Wochenschrift. Nr. 30.
47. Freymuth, F., Ein Beitrag zur Frage der klinischen Verwertbarkeit des Abderhaldenschen Dialysierverfahrens. Münch. med. Wochenschr. Nr. 17.
48. Fraenkel, E., Technik und Theorie der Abderhaldenschen Reaktion. Naturhist.-med. Verein Heidelberg. 5. Mai.

49. Gaifami, Über die Giftigkeit wässeriger Plazentarextrakte und die abschwächende Wirkung des Blutserums auf dieselben. Pathologia 1913. Nr. 113.
50. Gaujoux, E., Die biologische Diagnostik der Schwangerschaft durch die Reaktion von Abderhalden. Revue mens. de gyn., d'obst. et de péd. Janv.
51. Gentili, A., Über die innere Sekretion der Decidua im Hinblick auf die Arbeit von J. Schottländer: „Zur Theorie der Abderhaldenschen Schwangerschaftsreaktion." Zentralbl. f. Gyn. Nr. 33.
52. Giusti, La reazione deciduale sul collo dell' utero, sugli au messi e sul peritoneo pelvico in gravidanza uterina e suo modo di produzione. La Gin. 23. p. 693.
53. Goldstone, The physiologic of Abderhaldens test and its value in the determination of pregnancy. Med. Record. 2.
54. v. Graff, E., und P. Saxl, Über die Verdauung von Plazentarpepton durch Serum gemessen mit der Formoltitration. Med. Klin. Nr. 33.
55. *Griesbach, W., Zur quantitativen Ausführung der Abderhaldenschen Schwangerschaftsreaktion mittelst der Stickstoffbestimmung im Dialysate. Münch. med. Wochenschr. Nr. 18.
56. *Gruss, J., Abderhaldens Seroreaktion. Casopis lékarno ceskych. Nr. 19.
57. Guggisberg, Über den Einfluss innerer Sekrete auf die Tätigkeit des Uterus (Plazentarextrakt, Corpus luteum-Extrakt, Thyreoideasaft, Thymussaft, Presssaft aus einem graviden Kuhuterus, Normalserum, Serum von Schwangeren und von Gebärenden). Gyn. Helvetica. Frühlingsausgabe.
58. Hamburger, Der gegenwärtige Stand der Erforschung der Abwehrfermente. Med. Klin. 25. p. 1063.
59. Hauptmann, A., Das Wesen der Abwehrfermente bei der Abderhaldenschen Reaktion. Münch. med. Wochenschr. Nr. 21.
60. Heimann, F., Wert der Antitrypsinbestimmung in der Gynäkologie und Geburtshilfe. Monatsschr. f. Geb. Bd. 39. Heft 6.
61. Herzfeld, E., Über eine kolorimetrische Bestimmungsmethode der mit Triketohydrindenhydrat reagierenden Verbindungen. Münch. med. Wochenschr. Nr. 27.
62. Hiess, Über die Abderhaldensche Fermentreaktion. Gyn. Rundschau. 10. p. 61.
63. *Hirsch, P., Tierexperimentelle Untersuchungen zur Frage der Spezifität der Abwehrfermente. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 6.
64. *— Eine neue Methode zum Nachweis der Abwehrfermente. Deutsche med. Wochenschrift. Nr. 31.
65. Hirschfeld, Schwangerschaftsdiagnose nach Abderhalden und ihre wissenschaftliche Grundlage. Gyn. Helvetica. Frühlingsausgabe.
66. *Hüssy, Eine Vereinfachung der Schwangerschaftsdiagnose nach Abderhalden. Zentralbl. f. Gyn. 25. p. 897.
67. *Jaffé, H., und E. Pribram, Experimentelle Untersuchungen über die Spezifität der Abwehrfermente mit Hilfe der optischen Methode. Münch. med. Wochenschr. Nr. 43.
68. Jamison, C., Über die Gegenwart dialysabler, mit Ninhydrin reagierender Stoffe im Urin. Journ. of the Amer. med. Assoc. Vol. 62. Nr. 14.
69. Jellinghaus und Losee, Die Serumdiagnose der Schwangerschaft vermittelst der Dialysiermethode. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Wom. and Childr. April.
70. Kafka und Pförringer, Experimentelle Studien zur Frage der Abwehrfermente. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 25. p. 1255.
71. Kämmerer, H., Über das Abderhaldensche Dialysierverfahren. (Polemik.) Münch. med. Wochenschr. Nr. 11.
72. Kämmerer, H., Über das Abderhaldensche Dialysierverfahren. Münch. med. Wochenschr. Nr. 9.
73. Karas, Prseradska, Abderhaldens Reaktion. Medyc. i kronika lekarska. Nr. 19.
74. *Kastan, M., Über die Bedeutung der kaseinspaltenden Fermente. Münch. med. Wochenschr. Nr. 43.
75. Keim, G., und Vigot, Die Moriz Weisssche Reaktion in der Geburtshilfe. Presse méd. Ann. 22. Nr. 16.
76. King, The serum reaction in pregnancy and cancer by the coagulation method. The Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. 24. p. 296.
77. Kirschbaum und Köhler, Die Differenzierung von Bakterien mittelst des Abderhaldenschen Dialysierverfahrens. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 24.

78. Kjoergaard, S., Abderhaldens Reaktion. II. Om Reaktionen ved Graviditet dens Metodik og Specifitet; Undersógelser af Sunde Kvinder post-og praemenstruelt. (Über die Reaktion bei der Schwangerschaft, ihre Methodik und Spezifität; Untersuchungen von gesunden Frauen post- und prämenstruell.) Hospitalstidende. Kopenhagen. p. 673, 690 u. 705—713. Zeitschr. f. Immunitätsforsch. u. experiment. Therap. Bd. 22. Heft 1. p. 31—58. (O. Horn.)
79. — Abderhaldens Reaktion. (Übersichtsartikel.) Hospitalstidende. Kopenhagen. p. 8—23. (O. Horn.)
80. *Kjoergaard, S., Die Reaktion von Abderhalden. Aus dem staatlichen Seruminstitut und der Entbindungsabteilung A des Reichshospitals. Hospitalstidende Nr. 12 u. 13. Ref. Münch. med. Wochenschr. Nr. 31.
81. — Über Abderhaldens Graviditätsreaktion, ihre Methodik und Spezifität. Untersuchungen von gesunden Frauen post- und prämenstruell. Zeitschr. f. Immunitätsforsch. u. experiment. Therapie. Bd. 22. Heft 1. Münch. med. Wochenschr. Nr. 44. p. 3173.
82. Krupsky, A., Die klinische Bedeutung der Abderhaldenschen Reaktion. Russki Wratsch. Nr. 12.
83. Lahm, W., Zur Frage der Abderhaldenschen Fermentreaktion. Münch. med. Wochenschr. Nr. 23.
84. *Lampé, A. E., Serologische Untersuchungen mit Hilfe des Abderhaldenschen Dialysierverfahrens. bei Gesunden und Kranken. Studien über die Spezifität der Abwehrfermente. Münch. med. Wochenschr. Nr. 9.
85. *Lange, Carl, Erfahrungen mit dem Abderhaldenschen Dialysierverfahren. Biochem. Zeitschr. Bd. 61. Heft 3/4.
86. — Untersuchungen über das Abderhaldensche Dialysierverfahren. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 17.
87. Lettich, The serum diagnosis of pregnancy and of cancer. Brit. med. Journ. July.
88. Lichtenstein, Stephanie, und Hage, Über den Nachweis von spezifischen Fermenten mit Hilfe des Dialysierverfahrens. Münch. med. Wochenschr. Nr. 17.
89. Lindemann, Diskussion zu Abderhaldens Vortrag: Die experimentellen Beweise für das Vorkommen von Abwehrfermenten unter verschiedenen Bedingungen. Verein d. Ärzte zu Halle. Sitzg. vom 8. u. 15. Juli. Münch. med. Wochenschr. Nr. 44.
90. — W., Über Beeinflussung der Abderhaldenschen Reaktion durch Cholesterin. Zeitschr. f. d. ges. exp. Med. Bd. 4. Heft 2.
91. Lindig, Paul, Zur Substratfrage bei der Anwendung des Abderhaldenschen Dialysierverfahrens. Münch. med. Wochenschr. Nr. 30.
92. Lohmeyer, G., Über das Verhalten der proteolytischen Fermente der Leukozyten bei Gravidität, puerperalen Erkrankungen und Tumoren der weiblichen Geschlechtsorgane. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 76. Heft 2.
93. Le Lorrier, Abderhaldensche Reaktion und Schwangerschaftsdiagnose. Bull. de la soc. d'obst. et de gyn. de Paris. Nr. 1. p. 20.
94. *Maccabruni, Contributo alla migliore conoscenza dei metodi di Abderhalden applicati alla siero diagnosi della gravidanza. Annali di Ost. e. Gin. I. Sem. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 13.
95. *Mayer, A., Über das Abderhaldensche Dialysierverfahren. Münch. med. Wochenschrift. Nr. 2.
96. Melikjanz, O., Beitrag zur Technik des Abderhaldenschen Dialysierverfahrens. Münch. med. Wochenschr. Nr. 23.
97. — Über die Anstellung des Abderhaldenschen Dialysierverfahrens mit der Kochschen Tuberkulinbazillenemulsion. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 27.
98. Meyer-Betz, Ryhiner, P. und W. Schweisheimer, Zur Frage der Spezifität und klinischen Brauchbarkeit der Abderhaldenschen Reaktion. Münch. med. Wochenschr. Nr. 22. Zentralbl. f. Gyn. 31. p. 1119.
99. *Michaelis, L., und L. v. Lagermarck, Die Abderhaldensche Schwangerschaftsdiagnose. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 7.
100. Mironowa, S. M., Serodiagnostik der Schwangerschaft nach Abderhaldens Dialysiermethode. Journ. f. Geb. u. Gyn. p. 803.
101. *Mosbacher, Ed., und Fr. Port, Beitrag zur Anwendbarkeit des Abderhaldenschen Dialysierverfahrens. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 28.
102. *Nieden, Herm., Zur Methodik des Abderhaldenschen Dialysierverfahrens. Münch. med. Wochenschr. Nr. 45.

103. Nieszytka, L., Untersuchungen zum Abderhaldenschen Verfahren. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 30.
104. *Oeller, H., und R. Stephan, Kritik des Dialysierverfahrens und der Abwehrferment-reaktion. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 31.
105. — Über den klinischen Wert der Abderhaldenschen Blutfermentreaktionen. Med. Ges. zu Leipzig. Sitzg. vom 21. Juli. Ref. Münch. med. Wochenschr. Nr. 43.
106. *Otto, R., und G. Blumenthal, Erfahrungen mit dem Abderhaldenschen Dialysierverfahren. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 41.
107. Parhon, C., und Parhon Maria, Untersuchungen über die Serumreaktion von Abderhalden mit Milchdrüse bei Schwangeren und während der Laktation. Med.-chir. Kongr. rumän. Ärzte. Bukarest. April.
108. Partos, E., und R. d'Ernst, Beitrag zum Studium der Serodiagnostik der Schwangerschaft nach der Methode von Abderhalden. Arch. mens. d'obst. et de gyn. Ann. 3. Nr. 3.
109. Peiper, Albrecht, Über Adsorptionserscheinungen bei der Abderhaldenschen Reaktion. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 29.
110. Pfeiffer, Herm., I. Mitteilung: Über das Auftreten peptolytischer Fermente im Serum verbrühter Kaninchen. II. Mitteilung: Über die Ausscheidung eines peptolytischen Fermentes im Harn bei verschiedenen Formen der Eiweisszerfallstoxikosen (Verbrühung und Hämolysinwirkung). Münch. med. Wochenschr. Nr. 20 u. 24.
111. Pollitzer, Der Nachweis peptolytischer Fermente nach Abderhalden ohne Dialyse durch Enteiweissung mittelst Chondroitinschwefelsäure. Wiener med. Ges. März.
112. Primsar, F., Beitrag zur Abderhaldenschen Schwangerschaftsreaktion. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 12.
113. *Rohrhurst, K., Erfahrungen der Heidelberger Klinik mit der Abderhaldenschen Reaktion. Prakt. Ergebn. d. Geb. u. Gyn. Heft 2.
114. *Rominger, Erfahrungen mit der Abderhaldenschen Reaktion. Vortrag in der Freiburger med. Ges. Sitzg. vom 19. Mai. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 28.
115. Rosenthal, F., und H. Biberstein, Experimentelle Untersuchungen über die Spezifität der proteolytischen Serumfermente. Münch. med. Wochenschr. Nr. 16.
116. Ross and Singer, Point to be considered in use of Abderhalden reaction. Arch. of Internal Med. Chicago. Oct. XL. Nr. 4.
117. *Schiff, E., Über die Verwertbarkeit der Abderhaldenschen Reaktion in der Diagnose der Schwangerschaft. Münch. med. Wochenschr. Nr. 14.
118. Schottländer, Z., Zur Theorie der Abderhaldenschen Schwangerschaftsreaktion sowie Anmerkungen über die innere Sekretion des weiblichen Genitales. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 12.
119. Schwarz, E., Erfahrungen mit der Abderhaldenschen Blutuntersuchungsmethode. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. Juli.
120. Schwarz, Henry, Value of Abderhaldens Biologic Reactions to the Obstetrician and Gynecologist. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. 63. Nr. 5.
121. *Singer, Über die Spezifität des Abderhaldenschen Dialysierverfahrens. Münch. med. Wochenschr. Nr. 7.
122. Skeel und Stoner, Ein Jahr des Arbeitens mit dem Abderhaldenschen Verfahren. Med. Record. 17. Okt. p. 689.
123. Stephan, R., Die Natur der sogenannten Abwehrfermente. Münchn. med. Wochenschrift. Nr. 15.
124. Stoner, Willard und Skeel, The Abderhalden serological test for pregnancy a preliminary report of 150 cases. Cleveland med. Journ. Vol. 13. Nr. 6.
125. *Stresemann, Untersuchungen mit Hilfe des Abderhaldenschen Dialysierverfahrens bei Schwangerschaft und gynäkologischen Erkrankungen, einschliesslich Karzinom. Gyn. Rundschau. Heft 17 u. 18.
126. Swart, S. P., und A. J. L. Terwen, Notiz zur Technik der Serumreaktion nach Abderhalden. Münch. med. Wochenschr. Nr. 11.
127. Tara, G., and P. Kochneva, Abderhaldens Test for Serodiagnosis. Russky Wratsch XIII. Nr. 26.
128. Thompson, Influence of the Thyroid on Pregnancy and Lactation. Surg., Gyn. and Obst. August 1913.
129. *Veit, J., Diskussion zu Abderhaldens Vortrag: Die experimentellen Beweise für das Vorkommen von Abwehrfermenten unter verschiedenen Bedingungen. Verein der Ärzte in Halle. Sitzg. vom 8. u. 15. Juli. Münch. med. Wochenschr. Nr. 43.

130. Voelkel, E., Zur Serodiagnostik von Infektionskrankheiten mit Hilfe des Abderhaldenschen Dialysierverfahrens. Münch. med. Wochenschr. Nr. 7.
131. De Waele, H., Zur Technik des Abderhaldenschen Dialysierverfahrens. Münch. med. Wochenschr. Nr. 7.
132. *Wallis, M., und H. Williamson, The Serum Diagnosis of Pregnancy. Proc. Royal Soc. Med. Vol. 7.
133. *— The Value of Abderhaldens Tests in the Diagnosis of Pregnancy. The Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 25. Nr. 2.
134. Warfield, L., Die Anwesenheit von dialysablen Stoffen, die mit Abderhaldens Ninhydrin reagieren, im Harn von Schwangeren. Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. 62. Nr. 6.
135. Wegener, Erich, Zur Frage der Geschlechtsspezifität der Abderhaldenschen Abwehrfermente und über die Beeinflussung der Abbauvorgänge durch Narkotika. Münch. med. Wochenschr. Nr. 32.
136. Weinberg, M., Zur Technik des Abderhaldenschen Dialysierverfahrens (Angabe eines Kochapparates). Münch. med. Wochenschr. Nr. 31.
137. — Technik des Dialysierverfahrens. Verein d. Ärzte in Halle. Sitzg. vom 15. Juli.
138. Welsch, H., Die Diagnostik der Schwangerschaft nach dem Verfahren Abderhaldens, ihre Anwendung für die gerichtliche Medizin. Ann. d'hyg. publ. et de méd. lég. Tome 21. Cah. 6.
139. Wohl, M. G., Der gegenwärtige Stand der Reaktion nach Abderhalden. New York. med. Journ. Bd. 99. Nr. 22.
140. Wolff, G., Die biologische Diagnose der Schwangerschaft nach Abderhalden. Monatsschr. f. Geb. 38. Heft 4.
141. Ysabolinsky, M. P., Die Abderhaldensche Reaktion und ihre Bedeutung für die Praxis. Nowoje w Med. Jahrg. 8. Nr. 5.

Das Serum von Schwangeren enthält proteolytische Fermente, die Plazentaeiweiss abzubauen imstande sind, während das Serum Nichtgravider diese Fermente nicht besitzt. Mittelst der optischen Methode und mittelst des Dialysierverfahrens wurden diese Feststellungen gemacht. Nach Abderhalden und Fodor (9) ergaben diese ganz verschiedenen Verfahren völlig übereinstimmende Resultate. Während bisher die Frage nach dem Abbau oder Nichtabbau von Plazentareiweiss durch Serum bestimmter Herkunft nur mittelst des Ninhydrins entschieden wurde, haben sie sie jetzt noch durch Stickstoffbestimmungen im Dialysat zur Entscheidung gebracht. Die Verfasser geben ausführlich an, wie die Versuche auszuführen sind und geben den Rat, immer, sowohl die Ninhydrinprobe als auch die Stickstoffbestimmung, im Dialysat anzustellen. Zu dem gleichen Resultate kommt Griesbach (55) bei seinen Versuchen.

Allmann (16) hatte bei seinen serologischen Untersuchungen nach Abderhaldens Dialysierverfahren bei Gravidität eindeutige Resultate, während sie bei Myomen, Karzinomen und entzündlichen Prozessen versagten.

Abderhalden bespricht in einem Vortrag im Verein der Ärzte zu Halle das Wesen und die Entstehung seiner Lehre. Er führt eine grosse Reihe von Apparaten zur Demonstrierung seiner Methodik vor. Er sagt, dass die ganze Schwäche seiner Methodik darin beruht, dass nur streng spezifische Substrate verwendet werden dürfen. Der Nachweis der Spezifität ist nur möglich mittelst genauer histologischer Untersuchung und biologischer Einstellung.

In der an den Vortrag von Abderhalden sich anschliessenden Diskussion fasst Budde (25) seine Ansicht über den klinisch-diagnostischen Wert der Abderhaldenschen Methode in folgenden Sätzen zusammen:

1. Abgesehen von der einwandfreien Beherrschung des rein Technischen muss die genaue histologische Untersuchung der Organe auf das peinlichste durchgeführt werden; denn die Feststellung der Kongruenz bzw. Inkongruenz zwischen dem die Abwehrfermente hervorrufenden und dem zur Untersuchung dienenden Gewebe ist für die Beurteilung der klinischen Anwendbarkeit der Methode von grösster Bedeutung.

2. Sämtliche Organe müssen unter strengen Bedingungen geaicht werden.

3. Als beweisend kann auch bei Beobachtung dieser Vorschriften nur der positive Ausfall einer Reaktion angesehen werden; bei negativem Ausfall stellen wir die Diagnose nur per exclusionem, da wir bei der anscheinend sehr strengen Spezifität der Abwehrfermente nicht generell sagen können: Karzinom negativ oder Sarkom negativ, sondern unser Urteil nur in bezug auf Tumoren von analogem Bau wie die zur Untersuchung dienenden Substrate fällen können.

4. Es müssen möglichst viele Organsubstrate für die Untersuchung verwandt werden; als massgebend für die Beurteilung der Methode sind streng genommen nur diejenigen Fälle anzusehen, bei denen die histologische Untersuchung nach Operation oder Sektion eine sichere Unterlage für den Vergleich zwischen Ursache und Wirkung des fermentativen Abbaues ermöglicht.

Veit (129) tritt ebenso wie früher für die Spezifität der Fermente der Gravidität für die Methode der Schwangerschaftsdiagnostik ein; abweichende Ergebnisse führt er auf Fehler in der Technik und auf einzelne noch weiter zu studierende Verhältnisse zurück. An seiner Klinik wurde infolgedessen auch weniger darüber gearbeitet, ob die Methode richtig ist, sondern darüber, welche weiteren Fortschritte dadurch gewonnen werden können.

v. Domarus und Barzieck (31) halten es auf Grund ihrer eigenen zahlreichen Untersuchungen über die Abwehrfermente für verfrüht, schon jetzt die Frage der praktischen Brauchbarkeit des Verfahrens zu entscheiden, geschweige denn, es bereits als diagnostisches Hilfsmittel am Krankenbett zu benutzen. Im ganzen haben sie 170 Fälle untersucht. Davon waren 66 sichere Graviditäten, 72 normale bzw. leichtkranke Fälle (nicht gravide, nicht karzinomkranke, nicht fiebernde) und 23 maligne Tumoren. Der Rest betrifft verschiedenartige Erkrankungen. Bei den 66 Graviditäten war in der grossen Mehrzahl starker Plazentaabbau zu finden, in vier Fällen hiervon fehlte dagegen, auch bei mehrfacher Untersuchung, der Plazentaabbau vollständig, in fünf Fällen war der Abbau äusserst schwach. Der Abbau anderer Organe durch Schwangerschaftsserum war verschieden. Oft wurde Leber abgebaut, ohne dass Zeichen einer Leberaffektion bestanden, ferner Niere, Magenkarzinom, Mammakarzinom, Schilddrüse, Grosshirn und Pankreas. In den vier Fällen von Gravidität, bei denen kein Plazentaabbau stattfand, gaben auch andere Substrate keine positive Reaktion. Ihre theoretische Auffassung, zu der sie ihre Untersuchungen geführt haben, sind kurz folgendermassen zu formulieren: Man braucht keineswegs die Spezifität gewisser im Blute kreisender Fermente, die auf bestimmte Substrate eingestellt sind, prinzipiell in Abrede zu stellen, und dennoch wäre die Möglichkeit denkbar, dass in vielen Fällen der spezifische Charakter dieser Fermente nicht zutage tritt, weil ihr Vorhandensein durch die gleichzeitige Gegenwart anderer, weniger spezifisch eingestellter Fermente maskiert wird. Dass derartige unspezifisch wirkende Fermente neben den spezifischen gewissermassen nebenher laufen, geht besonders deutlich aus ihren Versuchen über den Abbau von Blutungen hervor. Unter 66 Seren bauten 25 deutlich Blutserum ab. Es scheint demnach die Annahme am meisten für sich zu sprechen, dass man es mit einer Summe verschiedenartiger Fermentwirkungen zu tun hat, deren Komponenten in einer Reihe von Fällen zum Teil spezifischen Charakter tragen. Wenn nun in einem bestimmten Fall diese spezifischen Komponenten dominieren, so fällt das Gesamtresultat im Abderhaldenschen Sinne aus, während in anderen Fällen das spezifische Resultat latent bleibt.

Ecalle (32) hat bei einer grossen Anzahl Frauen nach ,den ersten Veröffentlichungen Abderhaldens Untersuchungen angestellt und hatte hierbei vollkommen unsichere Resultate erzielt. Er ging dann nach Halle, um bei Abderhalden die Methode genau zu lernen. Er kommt nun zu folgenden Schlüssen: Da das Schwangerenserum schon vom ersten Monat an proteolytische, anti-

plazentare Fermente enthält, gibt es stets positive Abderhaldensche Reaktion. Die Hauptsache ist, dass das Serum von einer gesunden Frau stammt. Die Reaktion bleibt im allgemeinen bis drei Wochen nach der Entbindung positiv. Falls der Fötus abstirbt, kann die Reaktion negativ werden. Dasselbe gilt von der Extrauteringravidität. Das Serum von Nichtgraviden hat in 30% positiv reagiert, allerdings war die Reaktion schwächer. Stammte aber das Serum von Nichtgraviden, die an stärkeren Blutungen gelitten oder Karzinom hatten, dann fiel die Reaktion stärker aus. Da Verf. annimmt, dass die Misserfolge zum Teil auf technische Mängel — vielleicht unzureichende Befreiung der Sera von Blutkörperchen — zurückzuführen sind, stellt er jetzt eine spektroskopische Untersuchung eines jeden Serums auf Hämoglobin an. Über die so gewonnenen Resultate erlaubt er sich noch kein Urteil. Jedenfalls schliesst er, dass eine negative Reaktion absolut sicher gegen das Bestehen einer Schwangerschaft spricht, dass aber eine positive Reaktion — in Anbetracht, dass auch nichtgravide, aber gynäkologisch kranke Frauen positiv reagieren — nur einen sehr zweifelhaften Wert hat.

Nach Echols (33) ist das Abderhaldensche Dialysierverfahren in seinem jetzigen Entwicklungsstadium hauptsächlich im negativen Sinne beweisend, d. h., wenn das Serum einer Frau eine negative Reaktion gibt, kann man sagen, dass sie nicht schwanger ist, hingegen kann man bei einer positiven Reaktion nur sagen, dass sie wahrscheinlich schwanger ist, denn nach der jetzigen Technik geben 10—15% von Nichtgraviden positive Reaktion.

Auch Eder (34) kommt zu dem Schlusse, dass man bei negativem Ausfall mit grösster Wahrscheinlichkeit eine Schwangerschaft ausschliessen kann, dass aber eine positive Reaktion auch durch Karzinom, Lues und eitrige Prozesse hervorgerufen werden kann.

Fetzer und Nippe (40) kommen nach vielen angestellten Versuchen zu der Ansicht, dass die Leuko-Malachitgrün-Reaktion in der von ihnen angegebenen Form die schärfste und zuverlässigste Prüfung ist für die Hämoglobinfreiheit der zur Abderhaldenschen Reaktion zu verwendeten Seren und Substrate. Die Leuko-Malachitgrün-Reaktion ist geeignet, die Fehlerquellen, die in Verunreinigung der Seren und Substrate durch Hämoglobin zu suchen sind, rasch und sicher aufzudecken.

Fetzer (39) hat im ganzen 59 Seren untersucht und hierbei immer mindestens Doppelbestimmungen gemacht. Von intrauterin Graviden hat er 29 Seren untersucht. Mit Ausnahme eines Falles, bei dem die positive Reaktion so schwach war, dass eine Diagnose nicht ausgesprochen werden konnte, haben sie alle positiv reagiert. Die Stärke der Reaktion war wechselnd, meist jedoch war sie am Ende der Gravidität weit schwächer als in den ersten Monaten. Bei 19 sicher Nichtgraviden, bei denen weder Karzinom noch entzündliche fieberhafte Erkrankungen vorhanden waren, ist nur in einem Fall eine Fehldiagnose bei Myom zu verzeichnen. In allen übrigen Fällen hat das Serum Plazentaeiweiss nicht abgebaut. In dem Fall der Fehldiagnose wurde nachträglich die Hülse als schadhaft erkannt. Unter fünf Fällen von Karzinomkranken und von Patienten mit entzündlicher Adnexerkrankung war die Reaktion nur einmal positiv, und zwar bei einem Falle von ausgedehntem Douglasexsudat mit parametraner Eiterung, wobei es klinisch zweifelhaft blieb, ob der Abszess nicht auf Grund einer vereiterten Hämatocele e graviditate tubaria entstanden war. Ferner wurde die Reaktion angewendet bei fünf Fällen von ektopischer Gravidität, deren Vorhandensein durch die nachfolgende Operation bestätigt wurde. Die Reaktion hat in allen diesen Fällen durch deutlichen Abbau plazentaren Gewebes die Anwesenheit eines Schwangerschaftsproduktes ergeben. Andere Organe als Plazenta wurden durch Schwangerenserum in keinem Falle abgebaut.

Nach Flatow (41—44) wird Plazenta von jedem Serum — auch von männlichem — abgebaut. Die Sera von Graviden geben nicht immer die grösste

Reaktionsstärke. Die proteolytischen Fermente normalen Blutserums bauen das Organeiweiss der Plazenta völlig unspezifisch und auch quantitativ regellos ab.

Freund und Brahm (46), die im vergangenen Jahre über ihre Resultate, die sie bei Schwangeren und Nichtschwangeren mit beiden von Abderhalden vorgeschlagenen Methoden (Optik und Dialyse) berichtet haben, haben späterhin vorzugsweise nur mit der für die Praxis wärmer empfohlenen Methode des Dialysierverfahrens, und zwar unter strikter Befolgung der nach Abderhalden angegebenen verschärften Vorschriften gearbeitet. Sie haben 150 Fälle untersucht, darunter 114 von normaler und pathologischer Gravidität aus verschiedenen Monaten und 36 normale und pathologische Fälle von Nichtgraviden und Männern. Nur bei drei Nichtgraviden haben sie allein die optische Methode angewandt. Bei 103 Fällen von diagnostisch sichergestellten Graviditäten hatten sie 18,4 % Versager, unter 32 Fällen von Nichtgraviden (darunter 10 Männer) 53,1 % Versager. Versuche mit Vordialyse in 12 Fällen und nach dem Enteiweissungsverfahren nach Michaelis in acht Fällen fielen etwas günstiger aus. Die Vordialyse halten die Verff. besonders in den Fällen für angebracht, in denen das Serum allein mit ninhydrinreagierenden Stoffen stark angereichert ist, z. B. häufig bei Eklampsie, bei kachektischen Zuständen im Gefolge von Phthise und Karzinom. Das Enteiweissungsverfahren lieferte gute Resultate, aber die Reaktionen fielen schwächer aus, da wohl ein Teil der Abbaustufen durch das Koagulationsverfahren mit niedergerissen wird und sich so der Reaktion entzieht. Die Plautschen Befunde, nach denen bei der Dialyse auch unter ausschliesslicher Anwendung anorganischer Substrate (Kieselgur, Baryumsulfat, Talkum, Kaolin) ausgelöst werden, wurden unter 58 Fällen 40 mal bestätigt.

Für die Praxis kommt nach den Verff. das Abderhaldensche Verfahren zunächst noch nicht in Betracht und sie haben deshalb Vergleichsversuche mit der Antitrypsinmethode bei 64 Fällen angestellt. Die Resultate waren bei beiden Methoden nicht glänzend, aber immerhin zeigte sich ein Überwiegen der besseren Resultate auf Seiten der antitryptischen Methode. Ausserdem hat sie den Vorzug der technisch bequemeren Handhabung, der kürzeren Zeitdauer, der grösseren Billigkeit und leichteren Resultatprüfung.

Gruss (56) beschreibt ausführlich die Untersuchungsmethoden mit ihrer theoretischen Begründung und betont die Unverlässlichkeit der Dialysierhülsen. Die Dialysiermethode benutzte er bei 21 Puerperae stets mit positivem Resultat. Positive Reaktion wurde auch bei einigen entzündlichen Prozessen und Tumoren beobachtet. Bei Eklampsie wurden keine nennenswerten Unterschiede in der Reaktion konstatiert. Ohne klinische Beobachtung und ohne manuelle Untersuchung besonders in zweifelhaften Fällen ist es nicht möglich, durch die Reaktion eine sichere Diagnose zu stellen.

Hirsch (63) hat tierexperimentelle Versuche angestellt, um zu erforschen, ob die Abwehrfermente, die der tierische Organismus nach parenteraler Zufuhr von Plazenta- resp. von Uteruskarzinomgewebe mobil macht, insofern spezifisch sind, dass das Serum der mit Plazentagewebe behandelten Tiere nur Plazentagewebe, das der mit Uteruskarzinomgewebe behandelten Tiere nur Uteruskarzinomgewebe abbauende Abwehrfermente aufweist. Als Versuchstiere benutzte er Hunde und Kaninchen. Er spritzte ihnen mehrere Male teils intravenös, teils intraperitoneal äusserst fein zerteiltes Plazenta- resp. Uteruskarzinomgewebe ein. Das Gewebe wurde mittelst Äther und Chloräthyl gefroren und dann ganz fein geschnitten. Das Blut wurde dann aus der Karotis entnommen. Die Organe wurden streng nach den Abderhaldenschen Vorschriften und nach den Anforderungen von Joh. Fischer (Deutsche med. Wochenschr. 1913, S. 2138 und 2141) behandelt.

Die Versuche haben ergeben, dass das Serum der mit Plazentagewebe behandelten Tiere nur Plazentagewebe, nicht jedoch Uteruskarzinomgewebe abgebaut haben und ebenso umgekehrt.

Später beschreibt er (64) eine neue Methode zur quantitativen Verfolgung der Abwehrfermentwirkung. Sie beruht darauf, dass die durch den Abbau eines bestimmten Substrates durch spezifische Fermente bewirkte Peptonbildung in einem Serum eine Konzentrationsänderung verursacht, die durch den Vergleich mit einer unter gleichen Bedingungen aufgehobenen Probe desselben Serums ohne Substrat mit Hilfe des Löwe-Zeissschen Interferometers quantitativ bestimmt werden kann. Diese Untersuchungen ergaben eine völlige Spezifität der Abwehrfermente.

Nach Hüssy (66) kommen falsche Ergebnisse äusserst selten vor, höchstens 1 $^0/_0$. Diese erklären sich meist durch technische Fehler oder durch schlecht geprüfte Hülsen. Die Hauptfehlerquelle liegt in der Schwierigkeit, eine einwandfreie Plazenta herzustellen, die mit Ninhydrin absolut nicht mehr reagiert. Die Höchster Farbwerke haben nun ein trockenes, einwandfreies, haltbares Plazentaeiweiss hergestellt, das an Stelle des bisher angewandten, ausgekochten Plazentagewebes verwendet wird, und mit dem der Verfasser gute Resultate erzielt hat. Über das neueste Präparat der Höchster Farbwerke „haltbare feuchte Plazenta" erlaubt er sich noch kein Urteil.

Jaffé und Pribram (67) haben experimentelle Untersuchungen über die Spezifität der Abwehrfermente mit Hilfe der optischen Methode angestellt und sagen, dass die von Abderhalden festgestellte Organspezifität der Abwehrfermente im Tierversuch eindeutig nachweisbar ist, wenn man die Versuchsbedingungen so wählt, dass die Verhältnisse der Physiologie und Pathologie nachgeahmt werden.

Nach den Versuchen von Kastan (74) über die Bedeutung der kaseinspaltenden Fermente hat es den Anschein, als ob es mit der Ninhydrinreaktion gelänge, die Spaltung des Kaseins nur bei puerperalen oder laktierenden Frauen nachzuweisen. Das Serum gravider Frauen, das Serum von Männern und normalen Frauen zeigte niemals Spaltungserscheinungen mit der erwähnten Farbreaktion. Hierbei war es ganz gleichgültig, ob die Puerperalen völlig normal waren oder ein psychisches oder organisches Nervenleiden aufwiesen.

Kjoergaard (78—81) prüfte bei mehr als 300 Sera die Abderhaldensche Reaktion. Der Unterschied, der durch die Reaktion zwischen Schwangeren und Nichtschwangeren nachgewiesen werden kann, ist nur quantitativer Natur. Man kann durch Modifikationen nachweisen, dass jedes Serum gegenüber Plazentagewebe proteolytische Fähigkeit hat. Deshalb muss bei Versuchen grosses Gewicht auf die quantitativen Verhältnisse gelegt werden. Bei Dialysierversuchen bekommt man eine genauere Beurteilung des proteolytischen Vermögens durch Aufstellung einer Reihe von Versuchen mit aufsteigender Dialysezeit. Das Serum von Schwangeren reagiert stärker als das Serum normaler Individuen, doch kann die proteolytische Fähigkeit auch bei Krankheiten (Karzinom, Salpingitis, Achylie, Metrorrhagien usw.) vermehrt sein, so dass das Serum solcher Patienten stärker reagieren kann als das Serum von Schwangeren. Der diagnostische Wert muss aus diesen Erfahrungen beurteilt werden. Die normal vorkommende proteolytische Fähigkeit ist bei der Frau zyklischen Schwankungen unterworfen; von Menstruation zu Menstruation mit Steigerungen in dem prämenstruellen Stadium. Diese prämenstruelle Steigerung veranlasst ähnliche Reaktionen wie bei Gravidität und spielt deshalb eine grosse Rolle neben der theoretischen Bedeutung, die sie möglicherweise für die Erklärung der proteolytischen Fähigkeit während der Schwangerschaft hat.

Lampé (84) unterscheidet streng zwischen einer Organspezifität und einer Artspezifität der Abwehrfermente. Nach seinen Untersuchungen besteht keine Artspezifität, wohl aber eine absolute Organspezifität. In rein diagnosti-

scher Hinsicht ist der grosse Wert der Abwehrfermente bei der Karzinom- und Schwangerschaftsdiagnose nach seiner Meinung ausser jedem Zweifel.

Auf Grund seiner zahlreichen Untersuchungen schliesst Lange (85), dass das Abderhaldensche Dialysierverfahren in der von ihm angegebenen Form nicht immer richtige Resultate haben kann, insbesondere konnte er eine Spezifität der Serumfermente bei Graviden nicht feststellen. Die Fehlresultate schwankten bei verschiedenen Erkrankungen zwischen 30 und 65%.

Maccabruni (94) erhielt einen positiven Erfolg bei etwa 50 Schwangeren; bei vier Fällen war die Reaktion eine zweifelhafte oder eine negative. Bei allen Kontrollversuchen fiel die Reaktion beständig negativ aus. Die Abderhaldensche Reaktion kann daher sehr gute Dienste für die Schwangerschaftsdiagnose leisten. Die Reaktion tritt schon zu Anfang der Schwangerschaft ein und hält mindestens zwei Wochen nach der Entbindung an. Gelegentliche Krankheiten während der Schwangerschaft und des Wochenbettes üben keinen Einfluss auf den Ausgang der Reaktion aus. Dieselbe fällt auch bei Traubenmole und bei extrauteriner, noch fortschreitender oder erst seit kurzer Zeit unterbrochener Schwangerschaft positiv aus. Gelegentlich wird das Plazentargewebe auch vom fötalen Serum verdaut. Die Zerebrospinalflüssigkeit Gravider besitzt kein Verdauungsvermögen auf das Plazentaeiweiss — Manchmal erhält man positive Reaktion aus dem Gemisch von fötalem und mütterlichem Serum; die verdauende Wirkung scheint eine wechselartige zu sein. Amnionflüssigkeit sowie Harn des Fötus können bisweilen eine scheinbar positive Reaktion geben wegen der in ihnen schon vorher bestehenden dialysierbaren Stoffe. (Cesare Decio.)

Unter 94 sicher Graviden haben bei den Versuchen von Mayer (95) vier Plazenta nicht abgebaut. In einer dieser Fehlreaktionen lag eine starke Anämie vor. Man könnte daran denken, dass darum die Schutzstoffbildung unterblieb. Indes hat ein anderer Fall mit Anämie positiv reagiert. Zwei weitere Fälle der Fehlreaktionen litten an starker Emesis in der Frühschwangerschaft. Bei einem derselben konnte er nach Ausheilung der Emesis eine positive Reaktion feststellen. Da drei andere Fälle von Emesis positiv reagierten, spricht der negative Ausfall der Reaktion vielleicht für die toxische Form des Schwangerschaftserbrechens und der positive Ausfall für die nichttoxische. Von ähnlichen Gesichtspunkten aus hat man nach dem Ausfall der Abderhaldenschen Reaktion eine Prognose bei der Eklampsie zu stellen versucht, ohne aber noch zu einem bestimmten Resultat gekommen zu sein. Auch Urin Eklamptischer hat Mayer auf Plazenta einwirken lassen, um ihn auf Schutzstoffe gegen Plazenta zu untesuchen. Es lässt sich aber vorerst noch nicht sagen, ob sich Unterschiede ergeben zwischen normalem Urin und solchem von Patienten mit Graviditätstoxikosen.

Auch durch Muttermilch wurde Plazenta abgebaut, ein Zeichen, dass in der Muttermilch Schutzkörper auf den Säugling übergehen können. Im Fruchtwasser wurden noch keine Schutzfermente gefunden, während das zugehörige Kind sie besass. Vielleicht ist daraus zu schliessen, dass das Fruchtwasser kein Transsudat der mütterlichen Gefässe sein kann, in denen ja Schutzfermente sind. Blasenmole wurde verschieden stark, aber immer schwächer als Normalplazenta abgebaut.

Unter 71 Nichtgraviden haben 14 Fehlreaktionen gegeben. Unter diesen 14 waren 7 maligne Tumoren. Mayer betont, dass es ein Unrecht wäre, aus diesem Grunde die Abderhaldensche Reaktion als nicht spezifisch zu verwerfen. Er hat fernerhin noch Untersuchungen bei gynäkologisch erkrankten Frauen angestellt.

Michaelis und Lagermarck (99) können, obgleich sie die Vorschriften Abderhaldens genau befolgt haben, nicht bestätigen, dass sich Schwangerenserum anders verhält als das Serum von Nichtschwangeren und Männern. Serum + Plazenta reagierte bald positiv, bald negativ, ebenso Serum allein. Da die

Dialysierhülsen oft als Grund der Misserfolge angegeben wird, arbeiteten sie später mit der von Michaelis und Rona angegebenen Methode: Enteiweissung des Blutserums mit Hilfe von kolloidalem Eisenhydroxyd, ohne aber andere Resultate zu erzielen..

Das Gesamtergebnis der Versuche von Mosbacher und Port (101) war folgendes:

	Von 50 Graviden	25 Männern	25 Frauen (nongravidae)
waren	70% +	56% +	28% +
	20% −	36% −	28% −
	10% + −	8% + −	44% + −

Ob dieses unbefriedigende Resultat an den nicht ausschaltbaren Fehlerquellen der mangelhaften Methodik — unzuverlässige Durchlässigkeit der Hülsen für Seidenpepton — oder an der Nichtspezifität der Abwehrfermente oder an beiden gelegen ist, wollen sie dahingestellt sein lassen. Jedenfalls wollen sie von einer Anwendung der Methode bei inneren Erkrankungen vorerst absehen.

Nieden (102) kommt durch Untersuchungen über die Methodik des Abderhaldenschen Dialysierverfahrens zu dem Schlusse, dass nur trocken sterilisierte Reagenzgläser zu benützen sind, da z. B. bei Verwendung eines mit Äther ausgeschwenkten Reagenzglases beim Vorhandensein ninhydrinreagierender Stoffe die Reaktion, die sonst negativ ausfallen würde, in eine stark positive umgewandelt wird.

Nach den Erfahrungen, die R. Otto und G. Blumenthal (106) mit dem Abderhaldenschen Dialysierverfahren gesammrlt haben, lässt sich eine Spezifität der sogenannten „Abwehrfermente" nicht nachweisen. Gravidensera bauen fast regelmässig Plazenta ab, aber dem positiven Ausfall der Reaktion kann nur eine beschränkte diagnostische Bedeutung zugesprochen werden, da auch andere Sera, besonders die von Karzinomkranken, mit Plazenta eine positive Ninhydrinreaktion geben. Der negative Ausfall spricht mit grosser Wahrscheinlichkeit gegen bestehende Gravidität. Auch das Serum von Dementia praecox-kranken Männern gibt mit Plazenta stets eine positive Reaktion.

Oeller (104) berichtet über die Resultate, die er in Gemeinschaft mit Stephan bei der Untersuchung von ca. 500 Seren mittelst des Abderhaldenschen Dialysierverfahrens erhalten hat. Er hat weder mit der Originalmethode Abderhaldens noch mit weitgehenden Verschärfungen der Methode klinisch brauchbare Ergebnisse erzielt. Seine Resultate sind kurz gefasst folgende: In Gravidenseren kreist in einem sehr hohen Prozentsatz der Fälle ein Körper, der koaguliertes Plazentaeiweiss zu spalten vermag, der aber in der Abderhaldenschen Versuchsanordnung sicher nicht spezifisch ist, denn sowohl Karzinom- und Luesseren, als auch Seren von Hochfiebernden etc. bauen ebenfalls Plazenta ab. Eine fragliche Reaktion wird auch manchmal mit Normalserum und Plazenta als Substrat erzielt. Durch eine einfache Modifikation der Originalmethode kann gezeigt werden, dass der Unterschied in der Abbaufähigkeit der einzelnen Seren nur ein quantitativer ist.

Der klinische Wert des Abderhaldenschen Dialysierverfahrens in der jetzigen Form kann also mit dem Wert der Resultate der „Antitrypsinbestimmung" nach Brieger-Trebing verglichen werden. Mit dem Abderhaldenschen Dialysierverfahren weist man eine an sich völlig unspezifische Fermentsteigerung nach bei Graviden, Karzinomkranken, Nephritiden etc., also bei Zuständen, bei denen sich eine erhöhte Hemmung der Kasein-Trypsinverdauung nach Brieger-Trebing findet, bedingt durch den vermehrten Gehalt der betreffenden Seren an Spaltprodukten.

Seit den Feststellungen von Stephan ist auch erwiesen, dass diejenigen Körper in Gravidenseren, die von Abderhalden als spezifische Fermente angesprochen wurden, überhaupt keine Fermente sind, sondern den Bau von Anti-

körpern besitzen, die in Verbindung mit dem Komplement Fermenteigenschaften annehmen. Die Zahl der Untersuchungen mit einer neu ausgearbeiteten Dialysiermethode (Inaktivierung der Seren, Reaktivierung durch Meerschweinchenkomplement, quantitative Verwendung von Organeiweissextrakten als Antigen) ist noch zu gering, um ein Urteil zu fällen. Die Komplementbindungsmethode hat bisher auch nur Gruppenreaktionen ergeben.

Puppel hat nach einigen Biuretreaktionen nunmehr nur die Ninhydrinreaktion ausgeführt. Bei schwacher Blaufärbung setzte er nochmals 0,2 ccm Ninhydrin zu. In seltenen Fällen hatte er Fehldiagnosen, die er auf fehlerhafte Technik zurückführt. Er hält die Reaktion für spezifisch.

Rohrhurst (113) berichtet über seine Untersuchungen:

1. Das Abderhaldensche Dialysierverfahren gibt bei bestehender Gravidität, auch schon in den ersten Wochen und Monaten, fast ausnahmslos eine positive Reaktion. Der positive Ausfall spricht jedoch nicht unbedingt für das Bestehen einer Schwangerschaft, da auch in einzelnen Fällen von Erkrankungen des Genitalapparates die Reaktion positiv wird. Ist dagegen die Reaktion negativ, so kann man mit grösster Wahrscheinlichkeit das Vorhandensein einer Schwangerschaft ausschliessen.

2. Bei normalen Nichtgraviden und bei Männern ist die Reaktion negativ.

3. Zur Differentialdiagnose zwischen Extrauteringravidität und Adnextumor lässt sich die Reaktion bei der jetzigen Technik nicht verwerten, da sie zwar bei extrauteriner Schwangerschaft, aber in einem Teil der Fälle auch bei anderen Erkrankungen der Adnexe ein positives Resultat liefert.

Rominger (114) sagt in seinem Vortrag, dass nach seinen Erfahrungen die Abderhaldensche Reaktion in ihrer bisherigen Anordnung noch keine klinisch brauchbare Methode darstellt.

Hingegen schliesst Schiff (117) aus seinen Versuchen, dass die Fermente, die im Blute von Schwangeren kreisen, nur Plazentaeiweiss abbauen und dass sich diese Fermente auch nur im Blute von Schwangeren finden. Sie sind also spezifisch. Demnach kann die sorgfältig ausgeführte Abderhaldensche Reaktion immer Aufschluss geben, auch wenn die klinische Diagnose unsicher ist.

Die Schlüsse, die Singer (121) aus seinen Versuchen zieht, die er streng nach den von Abderhalden in der zweiten Ausgabe seines Werkes vorgeschriebenen Forderungen angestellt hat, sind folgende:

1. Die strenge Spezifität der Abwehrfermente ist bis heute noch nicht einwandfrei erwiesen. Es scheint, dass bei verschiedenen, aber in eine Gruppe gehörenden Stoffen (Eiweiss, Fett, Kohlehydrate) ein nur die Glieder dieser Gruppe abbauendes Ferment entsteht (Gruppenspezifität).

2. Das Eliminieren der Fehlerquellen bei dem Dialysierverfahren ist nicht vollständig gelungen und darum gehört diese Methode heute noch in das Bereich der Kliniken und Laboratorien.

Stresemann (125) hat bei 105 Fällen Untersuchungen angestellt. Die ersten 36 Fälle führte er nach den ersten Angaben Abderhaldens aus. Bei diesen baute ein Teil der Seren von graviden Frauen auch Karzinomgewebe ab, während umgekehrt auch die Seren von Karzinomträgerinnen Plazentagewebe abbauten. Ferner war auch bei einer ganzen Anzahl von gynäkologischen Erkrankungen die Reaktion mit Plazentagewebe und Karzinomgewebe positiv, obgleich sowohl Schwangerschaft als Karzinom klinisch sicher nicht vorlag. Nach den inzwischen von Abderhalden neu angegebenen Verschärfungen der Vorschriften für das Dialysierverfahren stellte es sich heraus, dass die Fehldiagnosen wohl auf eine nicht genügende Blutleere des angewandten Organgewebes zurückzuführen sei. Nach den neuen Angaben wurden nun 70 weitere Fälle untersucht, die zu folgendem Ergebnis führten: Die Seren aller graviden Frauen bauten Plazentagewebe ab, keines aber Karzinomgewebe. Die Seren aller an Karzinom erkrankten Frauen bauten Karzinomgewebe ab, aber nicht

Plazentagewebe. Bei allen Frauen, die weder mit Plazentagewebe noch mit Karzinomgewebe eine positive Reaktion gaben, konnte auch Schwangerschaft beziehungsweise Karzinomerkrankung ausgeschlossen werden. Fünf klinisch sicher nicht gravide Frauen gaben mit Plazentagewebe eine positive Reaktion. Diese Fälle betrachtet Stresemann als Versager, als Versuchsfehler, die trotz peinlich genauer Beachtung aller Vorschriften leicht vorkommen können und auch noch weiter vorkommen werden. Auf Grund der Ergebnisse seiner Untersuchungen scheint die Abderhaldensche Fermentreaktion eine spezifische zu sein. Eine Einführung in die allgemeine Praxis ist wegen der vielen Fehlerquellen und technischen Schwierigkeiten noch nicht möglich. Die Reaktion kann vorläufig nur in gut eingerichteten Laboratorien ausgeführt werden, und selbst hier werden einzelne Fehldiagnosen vorkommen.

Wallis (132 und 133) hat das Serum von 80 Frauen sowohl mittelst der optischen als auch mittelst der dialysierenden Methode untersucht. Unter diesen 80 Frauen waren 20, die teils in den letzten drei Monaten der Schwangerschaft waren, teils bereits geboren hatten, 30 Frauen im 2.—4. Monat gravid und 30 nicht gravide. Die Nichtgraviden hatten alle maligne Krankheiten (maligne Geschwülste und Syphilis). Alle schwangeren und im Puerperium befindlichen Frauen gaben mit der optischen und mit der dialysierenden Methode positive Reaktionen, während die Nichtschwangeren bei beiden Methoden durchweg negativ reagierten. Er hält die Reaktion für wertvoll und glaubt, dass Misserfolge nur durch eine fehlerhafte Technik hervorgerufen werden.

IV.

Physiologie der Geburt.

Referent: Fräulein M. M. Becker, cand. med., Berlin.

Allgemeines.

1. Adair, F. L., Obstetric diagnosis. Postgraduate. Tome 28. p. 1096. 1913. (Die rektale sowie abdominale Untersuchung sind der Infektionsgefahr wegen der vaginalen vorzuziehen. Die abdominale Untersuchung zu erleichtern dient folgender Handgriff: Vom Fundus aus Zusammenpressen des flektierten Fötus, in der Mittellinie des Uterus Eindrücken der Hand, so dass der Föt auf der einen, das Fruchtwasser auf der anderen Seite ist.)
2. Baughmann, Greer, The training of the auxiliary expulsory muscles of labor. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Vol. 69. p. 111. (Verf. empfiehlt vom 14. Jahre ab Gymnastik zu treiben. Beinheben im Liegen, Rumpfdrehen im Stehen, Aufrichten des Rumpfes. Während der Gravidität Massage der Bauchmuskeln, Tragen eines Korsetts. Fortsetzen der Gymnastik im Wochenbett.)
3. Blumenfeldt, Ernst, und Albert Dahlmann, Zur Kenntnis des tierischen Elektrometrogramms. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 75. p. 493. (Die Verf. haben das tierische Elektrometrogramm studiert. Das Ergebnis ihrer Arbeiten lässt sich dahin zusammenfassen, dass die spontanen oder künstlich erzeugten Kontraktionen des Uterus sich meist mechanisch gut registrieren lassen. Ausschläge im Saiten-Galvanometer werden

stets früher wahrgenommen, als die Uteruskontraktionen ansetzten. Sie schliessen auf einen sicheren Zusammenhang zwischen dem elektrischen und mechanischen Verhalten der Uterusmuskulatur.)

4. Guzzoni degli Ancarani, Arturo, La dilatazione dell' orificio uterino nell' ultimo mese di gravidanza. Gazz. ital. d. levatr. Jahrg. 3. p. 81. (Verf. hält die Erweiterung des Muttermundes im letzten Monat für ein Zeichen der Zwillingsschwangerschaft.)
5. Frets, G. P., Das menschliche Sakrum. Gegenbauers morphol. Jahrb. Bd. 48. p. 365.
6. Hoehne, O., Über die Leistungsfähigkeit der äusseren Untersuchung während der Geburt mit Bemerkungen zu F. Unterbergers Aufsatz in Nr. 4 des Zentralbl. f. Gyn.: „Eine Methode zur Bestimmung der Grösse des Muttermundes intra partum durch äussere Untersuchung. Zentralbl. f. Gyn. Jahrg. 38. p. 509. (Von verschiedensten Seiten wird der Versuch gemacht, die äussere Untersuchung noch weiter auszudehnen, als bisher schon geschieht. Hoehne ist der Meinung, dass die Lage des Kontraktionsringes bei leerer Blase und während der Wehe eine Entscheidung darüber gibt, wie weit der Muttermund erweitert ist. Ist ein Kontraktionsring noch nicht fühlbar, so ist der Muttermund noch nicht fünfmarkstückgross. Am deutlichsten markiert sich der Kontraktionsring in der Eröffnungsperiode bei Erstgebärenden. Mit Unterberger und Schwartz glaubt Hoehne aus dem Stande des Kontraktionsringes tatsächlich die Weite des Muttermundes erschliessen zu können.)
7. Hoffmann, E., Zur Blutgerinnung und zum Blutbilde bei normalen, hyperthyreotischen und hypothyreotischen Schwangeren und Wöchnerinnen. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 75. Heft 2. (Die vorgenommenen Untersuchungen erstrecken sich auf die Gerinnung, auf die morphologischen Bestandteile und auf den Gefrierpunkt des Blutes.)
8. Jardine, R., The retraction ring as an obstruction in labour. Med. Press. Circ. Vol. 97. p. 32. (Verf. nimmt an, dass der Kontraktionsring einige Zentimeter höher als der innere Muttermund liegt. Drei Arten von Fällen: 1. der Kontraktionsring bildet sich über dem vorliegenden Kopf, 2. er bildet sich oberhalb des Kopfes, 3. er bildet sich über dem vorliegenden Steiss. Therapie für Nr. 1 bei lebendem Kind: Sectio caesarea, bei totem die Perforation. Dieselbe Therapie für den zweiten Fall. Bei Nr. 3 wird in Narkose ein Bein heruntergeholt und die Extraktion angeschlossen.)
9. Markoe, James W., A revival of the obstetric chair. Bull. of the lying-in hosp. of the City of New York. Vol. 9. p. 296. (Markoe hält sich für verpflichtet, einen neuen Gebärstuhl zu konstruieren, weil er es für richtig hält, dass die Kreissende während des grössten Teiles der Geburt sitzt.)
10. Rooy, A. H. M. J. van, Über schmerzlose Geburten. Nederl. Maandschrift voor Verlosk. en Vrouwenz. Jahrg. 3. Nr. 5. p. 288. (Van Rooy beschreibt einen Fall, in dem eine Kreissende ohne jedes Mittel ihr Kind schmerzlos an das Licht der Welt beförderte, ohne dass Hysterie oder Tabes vorlag.)
11. Schlapobersky, I. P., Zur Frage der Leitung von Geburten ohne vaginale Untersuchung. Prakt. Wratsch. Jahrg. 13. p. 20. (Verf. erinnert wegen der Infektionsgefahr der vaginalen Untersuchungen Kreissender an die Untersuchung per rectum. Gute Orientierung der Lage des Kopfes, des Beckens, der Fontanellen- und Schädelnähte. 47 Fälle ganz ohne vaginale Untersuchung geleitet, und nur einmal bei Retention von Eihautresten eine einmalige Temperatursteigerung bis 38,6° beobachtet.)
12. Schwaab, A., Une chaise-lit obstétricale. Presse méd. Jahrg. 22. p. 289. (Ein leicht tragbares Rahmengerüst aus gezogenen Stahlröhren mit verstellbaren Rückenlehnen, Fuss-, Hand- und abnehmbare Kniestützen bilden den Gebärstuhl, der besonders für die Austreibungsperiode gedacht ist. Die Wehen können auf ihm besser verarbeitet, der Damm besser geschützt werden.)
13. Schwarzenbach, E., Der diagnostische Hinterdammgriff. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 27. p. 965. (Ein höchst einfacher äusserer Handgriff, der manche innere Untersuchung erspart und eine vortreffliche Diagnose des Kopfstandes stellen lässt.)
14. Sellheim, Hugo, Die Geburt des Menschen nach anatomischen, vergleichend-anatomischen, physiologischen, physikalischen, entwickelungsmechanischen, biologischen und sozialen Gesichtspunkten. Herausgegeben von E. Opitz, Wiesbaden. J. F. Bergmann, 1913. (Den Hauptinhalt des Buches bildet eine Analyse der Geburtsmechanik, die auf physikalischen Grundlagen aufgebaut ist und in einer Reihe sehr glücklich gewählter Schlagworte und klarer, zum Teil recht drastischer Abbildungen

in einer didaktisch ganz hervorragenden Art erläutert wird. Die Darstellung hat gegen früher an Einfachheit und Anschaulichkeit bedeutend gewonnen.)

15. *Sieben, Walter, Über das Blut des Weibes in der Geburt und im Wochenbett. Hegars Beitr. z. Geb. u. Gyn. Bd. 19. Heft 2. p. 236.
16. *Terhola, Sauri, Über Blutveränderung während der Geburt, Laktationsperiode und der ersten Menses post partum. Arch. f. Gyn. Bd. 103. Heft 1.
17. Tuller, M. B., The management of obstetrical cases. Med. Council. Vol. 19. p. 179. (Nichts Neues, nur will Verf. stets zur Nachgeburtslösung mit den Fingern eingehen.)
18. Unterberger, jun. F., Eine Methode zur Bestimmung der Grösse des Muttermundes intra partum durch äussere Untersuchung. Zentralbl. f. Gyn. Jahrg. 38. p. 164. (Unterberger schliesst sich gleichfalls der Auffassung Hoehnes an. Bei vollständigem Verstrichensein des Muttermundes ist der Kontraktionsring vier Querfinger über der Symphyse fühlbar. Verf. will gleichfalls möglichst die innere Untersuchung durch diese Erfahrung einschränken.)
19. Veit, J., Das untere Uterinsegment und seine praktische Bedeutung. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 44. p. 1382. (Verf. hält die Behauptung Sternbergs, dass der sog. Isthmus uteri sich nur mikroskopisch unterscheiden liesse, für einen bedenklichen Rückschritt. Aus anatomischen und klinischen Gründen hält er an der früheren Auffassung, der Dreiteilung in Uteruskörper, unteres Uterinsegment und Cervix, fest und erläutert ganz ausführlich, weshalb diese makroskopische Einteilung in den verschiedenen Schwangerschaftsstadien wie in allen Fällen von Überdehnung des unteren Uterinsegments geboten ist. Die schon vor Aschoff von Waldeyer und Sappey eingeführte Bezeichnung „Engpass“ verwirft der Verf., er bleibt bei dem Worte unteres Uterinsegment und glaubt, damit am besten dem Verständnis seiner Schüler dienen zu können. Für die Praxis ist die Kenntnis des unteren Uterinsegments sehr wichtig, um die Gefahr einer drohenden Uterusruptur rechtzeitig zu erkennen, und von der grössten Bedeutung für geburtshilfliche und gynäkologische Operationen, s. Zweifel Nr. 22.)
20. Werboff, J., Die Gebärmutter des Weibes, ihre normale Arbeit und ihre Zerreissung während der Geburt. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 5. p. 250. (Verf. verteidigt im ersten Teil seiner Arbeit die Meinung, dass allein Schwäche, nicht übermässige Kraftäusserung, die Quelle aller Uterusrupturen ist. Im zweiten Teil spricht Werboff über die Physiologie des Geburtsaktes, und über die Uteruskontraktionen, ferner empfiehlt er eine Bauchbinde, die durch festeres und lockeres Zuschnüren die Geburt erleichtert und beschleunigt.)
21. Werner, Paul, und Emil Kolisch, Vergleichende Untersuchungen über die Giftigkeit von Harn, Serum und Milch (Kolostrum) während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes mit besonderer Berücksichtigung der Eklampsie. Arch. f. Gyn. Bd. 103. Heft 1.
22. Zweifel, P., Über das untere Uterinsegment. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 44. p. 1376. (Verf. schliesst sich im grossen und ganzen der Auffassung von Veit (s. Nr. 20) an, und verlangt auf Grund der bis jetzt veröffentlichten Fälle, in denen während des Beginnens oder in den ersten Stadien der Geburt der Tod eingetreten war, und die seine Anschauungen über das Aussehen des unteren Corpussegmentes bei der Sektion bestätigten, dass dem fraglichen Uterusteil seiner Wichtigkeit in der Geburtshilfe wegen ein besonderer Name gegeben werden müsse.)

Sieben (15) ist nach vielen Beobachtungen zu folgenden Resultaten ge kommen: Nicht nur die absolute Eindickung spielt bei der Blutveränderung während der Geburt eine grosse Rolle — sondern auch der starke Zerfall und die rege Neubildung roter Blutkörperchen. Erythrozyten und Hämoglobin zeigen durchschnittlich im Wochenbett ein ähnliches Verhalten wie nach sonstigen Blutverlusten — beide Faktoren fallen erst langsam ab, dann steigen sie wieder langsam auf. Ferner konstatiert Sieben während der Gravidität eine nicht sehr hochgradige, aber deutliche Leukozytose, die erst in der zweiten Woche nach der Gravidität ihr Ende erreicht. Die neutrophilen polynukleären Leukozyten sinken von der Geburt bis zum Ende des Wochenbettes ununterbrochen ab. Ein ähnliches Verhalten wie diese zeigen die Lymphozyten, jedoch macht sich in der Hälfte der Fälle schon in der ersten Woche nach dem ursprünglichen

Fall ein leichtes Wiederansteigen der Kurve bemerkbar. In einzelnen Fällen wurde sogar die Lymphozytose der Geburt im Wochenbett übertroffen. Die eosinophilen Zellen fehlen lange nicht so oft gleich nach der Geburt wie in der Literatur angegeben ist (in den Fällen Siebens nur in 50%). Die Linie der Eosinophilen geht mit den stark schwankenden Lymphozytenkurven parallel.

Die mononukleären Mast- und Übergangszellen sind im allgemeinen gleich nach der Geburt aus dem Blute verschwunden. Auch treten sie im Wochenbett meist nur spärlich auf. Weder aus dem Status, noch der Anamnese, noch dem Wochenbettverlauf lassen sich ursächlich wirkende Faktoren entnehmen, noch sind irgend welche Ähnlichkeiten mit den Kurven einer der drei weissen Hauptzellenarten festzustellen.

Die Untersuchungen Terholas (16) über Blutveränderungen während der Geburt, Laktationsperiode und der ersten Menses post partum hatten ungefähr folgende Resultate. Die Zahlen der Erythrozyten bleiben während des Partus pro Kubikeinheit Blut auf derselben Höhe wie zwischen 80. und 569. Tage post partum, in wenigen Fällen sind sie niedriger. Der Hämoglobingehalt weicht nicht nennenswert ab. In 50% der Fälle folgt auf den Partus ein Sinken der Erythrozyten- und Hämoglobinwerte. Wenige Tage post partum nehmen die roten Blutkörperchen wieder zu, dieser Zustand hält 1—4 Monate an. Hämoglobingehalt hält nicht Schritt mit der Zunahme der Erythrozyten, er bleibt zurück. Das Sinken der Gesamtzahlen der Leukozyten, sowie der Neutrophilen in der ersten Woche schreitet $^2/_3$—2 Monate, eventuell länger, fort. Die Eosinophilen verschwinden zur Zeit der Geburt aus dem Blute, um nach dem Partus zu steigen. Monozyten, Mast- und Riesenzellen zeigen keine nennenswerten Veränderungen. Auch die Kernlappenzahl zeigt in den meisten Fällen keine grosse Veränderung.

Geburtshilfliche Asepsis.

1. Agazzi, Antonio, Per la desinfezione delle mani. (Utilità dell' uso del vapor d'acqua.) Ann. di ostetr. e ginec. Vol. 1. p. 321. (Beschreibung aller Verfahren, die der Verf. zwecks Händedesinfektion mit Wasserdampf ausgeführt hat.)
2. Ahlfeld, F., Der Kernpunkt in der Frage von der Bedeutung des Alkohols bei der Händedesinfektion. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 75. p. 504. (Ahlfeld tritt erneut für die Wirksamkeit des Alkohols als Desinfiziens ein. Ein weiteres Mittel hinterher angewandt ist nicht nötig.)
3. Aumann und Storp, Untersuchungen über Grotan, ein neues Desinfektionsmittel. Berl. klin. Wochenschr. Jahrg. 51. p. 398.
4. Bechhold, H., Von der Reinigung der Hände. Zeitschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. Bd. 77. p. 436. (Empfiehlt auf Grund seiner neuen Experimente, dem Alkohol Sublamin-Sublimat-Fibromnaphthol nachfolgen zu lassen.)
5. Blankmeyer, H. H., Obstetrical helps. National eclectic. med. Assoc. Quart. Vol. 5. p. 224. (Allgemeine Bemerkungen über geburtshilfliche Asepsis.)
6. Borrmann, K., Die Verwendbarkeit des Festalkols für die Hebammenpraxis. Hyg. Rundschau. p. 317. (Borrmann empfiehlt auf Grund von Reagenzglas- und praktischen Versuchen den Gebrauch des Festalkols sehr.)
7. Carson, H. W., Asepsis and how to secure it. London.
8. Chironi, Pietro, e Giacinto Giordano, Ricerche batteriologiche sulla disinfezione delle mani col metodo Liermann. Giorn. di med. milit. Jahrg. 62. p. 175. (Desinfektion der Hände mit Bolus alba und Alkohol ist schnell ausführbar, wird von den Händen gut vertragen und bedingt gründliche Keimverminderung.)
9. Costa, Romolo, Utilità dell' impiego del vapor d'acqua nella disinfezione della mano. Gazz. ital. d. levatr. Jahrg. 3. p. 113. (Waschen der Hände mit Seife, Bürste und einem

Desinfiziens, dann 10 Minuten Wasserdämpfe einwirken lassen. Bei Mangel an Seife und Bürste in der Privatpraxis empfiehlt Costa, die Hände 20 Minuten lang über einen Topf siedenden Wassers zu halten.)

10. Frank-Kaschau, Die Desinfektion der Haut mit Sterolin bzw. Jod-Sterolin. Zentralbl. f. Chir. Nr. 30. (270 Fälle bester aseptischer Resultate bei zweimaligem Sterolinanstrich. Vorzügliches Desinfiziens für die Hände des Operateurs.)
11. Gauss, Friedrich, Desinfektion in der Geburtshilfe. Deutsche med. Wochenschr. 1913. Nr. 28. p. 1363. (Verf. hält die Einführung des Gummihandschuhes in die allgemeine geburtshilfliche Praxis für einen grossen Sicherheitskoeffizienten gegen puerperale Infektionen seitens des Arztes.)
12. Laubenheimer, K., „Festalkol" als Händedesinfektionsmittel. Hyg. Rundschau. Jahrg. 24. p. 501. (Festalkol reicht nicht als alleiniges Mittel aus.)
13. — Über neuere Händedesinfektionsmethoden. Münchn. med. Wochenschr. Jahrg. 61. p. 846. (Vergleiche der einzelnen Desinfektionsverfahren.)
14. Martius, Heinrich, Wird die desinfizierende Kraft einer 1%igen Sublimatlösung durch Zusatz von Seife geschädigt? Hyg. Institut Bonn. Hyg. Rundschau. Jahrg. 24. p. 125. (Versuche mit Festalkol, Schmier- und Kernseife ergaben, dass eine Schädigung der baktericiden Kraft einer Sublimatlösung 1 : 1000 durch Seifenzusatz bis zu 4 g nicht stattfindet.)
15. Pakowski, J., Désinfection des mains par la solution iodée étendue, et accidents chloroformiques. Progr. méd. Jahrg. 42. p. 157. (Bereitung der dünnen Jodlösung aus Sparsamkeitsrücksichten mit denaturiertem Spiritus. Bei der Mischung beider entwickelten sich ausserordentlich starke Gase, welche viermal Kollaps bei der Chloroformnarkose hervorriefen.)
16. Slee, Arthur, Sterilisation and Desinfection. Practical directions for the general practitioner. Amer. Journ. of Clin. Med. Vol. 21. p. 50. (Nichts Neues.)
17. Tiginstra, S., Pourquoi l'action bactéricide de l'alcool est porté à son plus haut degré d'intensité par une concentration de 70%? Folia microbiol. Jahrg. 2. p. 162. 1913. (Versuche mit Kleberkügelchen zwecks Gewichtsbestimmung in verschiedenprozentigem Alkohol Im Alkohol bis 70% zunehmender Gewichtsverlust wegen Wasserverlust durch Osmose, die bei einer Konzentration von 70% am stärksten hervortritt. Von 80% an steigt der Gewichtsverlust wieder. Stärkere Konzentrationen verhindern wegen ihrer raschen Erhärtung der Oberfläche ein Durchdringen mit Alkohol.)
18. Wyss, Oskar, Über Phobrol (Chlor in Kresol). Med. Klinik. Jahrg. 9. p. 1767. 1913. (Phobrol bewirkt in 15 Sekunden vollständige Keimfreiheit der Hände.)
19. Zweifel, E., Über medikamentöse Scheidenspülungen bei schwangeren Frauen und während der Geburt. Med. Klinik. p. 1428. Ref. Therap. Monatshefte. p. 715. (Jede Spülung bei Schwangeren und Kreissenden mit normalem Scheidensekret ist überflüssig. Bei Schwangeren mit pathologischem Sekret werden, vorausgesetzt, dass es bis zur Geburt noch mehr als 10 Tage dauern wird, Spülungen mit ½%iger Milchsäurelösung, bei solchen kurz ante partum oder schon kreissenden zuerst mechanische Reinigung der Scheide mit Kochsalzlösung, dann Spülung mit ½%iger Sublimatlösung empfohlen.)
20. — Versuche zur Beeinflussung des Bakteriengehaltes der Scheide Schwangerer durch medikamentöse Spülungen. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. Heft 4. (44 Fälle, bei denen an Schwangeren wiederholte Scheidenspülungen mit verschiedenen antiseptischen Mitteln und destilliertem Wasser ausgeführt wurden. Vorübergehende Keimverminderung erzielten nur Spülungen mit Oxyzyanat-Sublimat-Lysoform und Kal. permang. Unbefriedigt waren die Erfahrungen bei Gebrauch von destilliertem Wasser, Borlösung und essigsaurer Tonerdelösung. Versuche mit Milchsäurelösung sind im Gange.)

Beckenmessung.

1. Dougal, Daniel, Some observations on pelvimetry. Journ. of Obst. and Gyn. Vol. 24. p. 263. 1913. (Grosse Erfahrung ist erforderlich, wenn man mit der Messung der Conj. diagon. auskommen will, da die Abzugsgrösse stark variiert.)

2. Dougal, Daniel, A new form of pelvigraph. Journ. of Obst. and Gyn. Vol. 24. p. 257. 1913. (Nur die Abbildungen machen den komplizierten Beckenmesser, bei dem während der Messung die Beckenwände graphisch dargestellt werden, verständlich.)

3. Giuffrida, Frank, A plea for more pelvimetry. Atlanta Journ., Rec. of Med. Vol. 60. p. 541.

4. Kehrer, E. und F. Dessauer, Versuche und Erfahrungen mit der röntgenologischen Beckenmessung. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 1. (Die röntgenologische Beckenmessung muss immer mehr als ein integrierender Bestandteil der klinischen Beckenuntersuchungen angesehen werden. Zwei Abbildungen zeigen den Apparat und seine Vorzüge. Am besten eignen sich Wöchnerinnen und magere Frauen. Nicht immer gelingt die Beckenmessung bei Schwangeren jenseits des vierten Mondsmonats wegen der Gewebe und Flüssigkeiten, welche die Röntgenstrahlen da durchqueren müssen.)

5. Kreiss, Röntgenologische Beckenmessung. Vortrag, geh. a. d. X. Kongr. d. Deutsch. Röntgen-Ges. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 21. p. 759. (Ergebnisse der Kehrer-Dessauerschen Beckenmessapparate.)

6. Martius, Demonstration des Kehrer-Dessauerschen Beckenmessstuhles. Deutsche med. Wochenschr. Jahrg. 40. p. 572. (In der Geburtshilfe wird die neue Methode von der einfachen Beckenaustastung und der röntgenologischen Messung übertroffen. Für die wissenschaftliche Ausmessung pathologischer Beckenformen sowie für die Herzgrössen- und Herzlagebestimmung hat die neue Methode grossen Wert.)

Verlauf der Geburt.

1. Büschel, Martini, Über schmerzlose Geburtswehen. Inaug.-Diss. Heidelberg 1913. (Vier Fälle von Beobachtungen völlig schmerzlosen Geburtsverlaufs und Zusammenstellung von 11 weiteren in der Literatur bekannten, ähnlichen Fällen.)

2. Gjestland, G., Starke Blutungen bei der Geburt. Einen wie starken Blutverlust verträgt der Mensch? Norsk Magazin for Laegevidensk. 1913. p. 593. (Verf. wendet niemals Sekalepräparate, intrauterine Spülungen oder Tamponade an. Nach Credé und leichter Massage, oder nach Austastung der Uterushöhle und Entfernung etwaiger Plazentarreste stand meist die Blutung. Nach Beobachtungen an vielen Fällen können die Gebärenden ungefähr die Hälfte ihrer gesamten Blutmenge verlieren.)

3. Richter, J. und V. Hiess, Über das für die erste Geburt günstigste Alter. Monatsschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. p. 6. (26091 Fälle, bei denen der Einfluss des Alters auf den Verlauf der ersten Geburt untersucht wurde. Die Verfasser fanden vom 17.—26. Lebensjahre keine wesentlichen Unterschiede in der Geburtsdauer und der Häufigkeit der operativen Eingriffe. Vom 28.—30. Jahr an steigt der Prozentsatz an Nachgeburtsstörungen, Dammrissen, mütterlicher Morbidität und Mortalität. Das grösste Durchschnittsgewicht zeigen 29—30jährige Ipara. Bei 14—27jährigen Erstgebärenden ist ein Knabenüberschuss auffallend, die häufigsten Komplikationen sind in den Entwickelungsjahren [14—17].)

4. Schumann, Edward, Der Geburtsmechanismus vom Standpunkt der vergleichenden Anatomie, nebst Bericht über Falle von Dystokie bei wilden Tieren. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Vol. 69. p. 637. (Eine ausserordentlich interessante, gutillustrierte Arbeit. Die vergleichende Naturbeobachtung ergibt, dass der Geburtsmechanismus bei Tieren im Prinzip dem beim Menschen durchaus gleich ist und dass auch die gleichen Störungen vorkommen.)

5. Zweifel, E., Erfahrungen an den letzten 10000 Geburten mit besonderer Berücksichtigung des Altersbildes. Arch. f. Gyn. Bd. 101. Heft 3. (10000 Geburten, an denen der Einfluss, den das Lebensalter der Kreissenden auf die Lage des Kindes und auf den Verlauf der Geburt im allgemeinen ausübt, zu ermitteln gesucht wurde. Säulenkurven geben die graphische Darstellung. Die Altersklassen teilte der Verf. ein bis zum 20. Jahre und von da ab in Perioden von fünf zu fünf Jahren. Im ersten Teil bespricht Zweifel die verschiedenen Arten von Kindeslagen ihrer Häufigkeit nach und den Alterseinfluss auf sie bei Erst- und Mehrgebärenden. Im zweiten Teil werden

die vorbereitenden sowie entbindenden Operationen, ferner auch die Operationen bei Erst- und Mehrgebärenden besprochen. Verf. behauptet nach allen seinen Beobachtungen, dass die Häufigkeit operativer Eingriffe bei Erst- wie bei Mehrgebärenden mit zunehmendem Lebensalter immer grösser wird.)

Wehenmittel.

1. Airila, Y., Zur Kenntnis der Pituitrinwirkung. Skandinav. Arch. f. Physiol. Bd. 31. p. 381. (Experimente an Kaninchen.)
2. Barchan, Eduard, Über Anwendung von Sekakornin, Pituglandol und β-Imidatolyläthylamin während der Geburt. Inaug.-Diss. Jena. Münchn. med. Wochenschr. p. 2380.
3. Bertolini, G., L'opoterapia ipofisaria in ostetricia. Fol. gyn. Vol. 9. p. 147. (43 eigene Fälle. Allerhand Bedenken werden auf Grund der Erfahrungen mitgeteilt.)
4. Bischoff, C. W., Hypophysenextrakt und Atonia uteri. Zentralbl. f. Gyn. Jahrg. 38. p. 549. (Nach Pituitrinanwendung besteht oft die Gefahr der Atonie.)
5. Brodhead, George, Pituitary extract in obstetrics. New York. Med. Journ. Vol. 99. p. 1289. (Nichts Neues.)
6. Cohn, Robert, Pituglandol bei Placenta praevia. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 28. p. 1430. (Ein Fall von günstiger Pituglandolanwendung in der Eröffnungsperiode bei Placenta praevia. Es handelte sich um eine starke Blutung fünf Wochen ante terminum bei einer 26 jährigen Erstgebärenden. Muttermund für die Fingerkuppe einlegbar, Kopf beweglich im Beckeneingang. Eine Pituglandolinjektion hatte nach $^3/_4$ Stunden zur Folge, dass die Blutung stand und der Kopf fest in Beckenmitte trat. Normaler Geburtsverlauf. Das Kind wurde leider totgeboren, doch hatte dies seine Ursache in einer vorzeitigen Lösung der Plazenta. Dringender Rat des Verfassers, bei nicht unmittelbar lebensbedrohlicher Placenta praevia-Blutung in der Eröffnungsperiode einen Versuch mit der Injektion eines Hypophysenextraktes zu machen, da die Infektionsgefahr dadurch beseitigt wird.)
7. Bucura, Konstantin, Wehenverstärkung bei der Geburt. Wiener med. Wochenschr. Nr. 28. p. 1588. (Die Hypophysenextrakte wirken wehenerregend und wehenstärkend in der Austreibungsperiode. Pituitrin soll nur sub partu gegeben werden, bei Uterusatonie wirken die Sekalepräparate und das Adrenalin ganz verlässlich. Vor Abgang der Plazenta hält Bucura das Pituitrin nicht für ganz ungefährlich. Bei Fehl- und Frühgeburtsleitung hat sich das Präparat nicht bewährt. Gar nicht anzuwenden ist das Präparat bei Sklerose der Koronararterien, Nephritis mit Blutdrucksteigerung, bei akuter Anämie, Eklampsie, Cervixnarben und -strikturen, sowie bei Dehnung des unteren Uterinsegments. Trotz aller Vorzüge der Hypophysenextrakte wird Vorsicht geboten. Verf. erinnert an althergebrachte Massnahmen, die Wehentätigkeit nicht erlahmen zu lassen, ferner an Chininverabfolgung zwecks Wehenerregung.)
8. Ten Doesschate, A., Collaps na inspuiting van pituitrine. Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. 1. Heft. Nr. 6. p. 397. (Mitteilung eines Falles, wo wegen Wehenschwäche 1 ccm Pituitrin injiziert wurde und wo eine Stunde post partum ein Kollaps auftrat, welchen Verf. dem Pituitrin zuschreibt.) (Mendes de Leon.)
9. Edgar, J. Clifton, Pituitary extract in uterine inertia. Americ. Journ. of Obst. and Dis. of women and childr. Vol. 68. p. 20. (Verf. empfiehlt die Anwendung des Pituitrins in der Austreibungs- und Nachgeburtsperiode.)
10. — Use of pituitary extract in ostetrics. Monthly Cyclop. Vol. 28. p. 74. (70 Fälle. Warnung vor der Anwendung in der Eröffnungsperiode.)
11. Ehrenfest, Hugo, Drugs in uterine inertia. Americ. Journ. of Obst. and Dis. of women and childr. Vol. 68. p. 331. (Chinin, Zucker, Ergotin und Pituitrin als Wehenmittel.)
12. Esbensen, K. A., Der Hypophysenextrakt in der Geburtshilfe. Ugeskr. for Laeger. Jahrg. 76. p. 635. (166 Fälle. Erfolge gut, Abortus kann dadurch nicht provoziert werden. Keine Atonie post partum beobachtet. Weder Herzfehler noch Albuminurie und Nephritis stellen Kontraindikationen zur Anwendung von Hypophysenextrakt dar. Bei Eklampsie wird vom Gebrauch abgesehen.)

13. Esch, P., Über Dosierung und Erfolge von intramuskulären Pantopon-Skopolamininjektionen bei Kreissenden. Münchn. med. Wochenschr. p. 690.

14. Everke, Pituitrin und Ruptura uteri. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 553. (Ein Fall von Uterusruptur durch Pituitrininjektion bei einem Missverhältnis von Kopf und Becken.)

15. v. Fellenberg, Diskussion. Gyn. Ges. d. Deutschen Schweiz. 11 u. 12. Juli. 1914. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 45. p. 1399. (Fellenberg macht stets sofort nach der Geburt des Kindes eine Pituglandolinjektion und erzielt dadurch in wenigen Minuten unter ganz geringen Blutverlusten die Geburt der Plazenta. Bei Atonie empfiehlt er Hypophysenpräparate mit Sekakornin verbunden.)

16. Fisahn, L., Das Pituglandol „Roche" in der Geburtshilfe des allgemeinen Praktikers. Med. Klinik. Jahrg. 10. p. 160. (Pituglandol subkutan injiziert wirkt vortrefflich, erspart manchen operativen Eingriff. Ungefährlich für Mutter und Kind. In Verbindung mit Pantopon verliert die Geburt an Schmerzhaftigkeit.)

17. Foges, Arthur, Die Anwendung der Hypophysensubstanzen in der Geburtshilfe. Wiener med. Wochenschr. Jahrg. 64. p. 1004. (Verf. ist der Meinung, dass das Pituitrin bei Mangel an Wehen in der Eröffnungsperiode erfolglos ist und dass ebenso bei beginnendem Abortus keine Wirkung zu beobachten ist. Auch ist er der Überzeugung, dass bei ungenügender Erweiterung des Muttermundes strikturartige Kontraktionen auftreten können. Er will daher das Mittel nur anwenden in der Austreibungsperiode, empfiehlt es aber auch in der Nachgeburtsperiode zur Bekämpfung atonischer Blutungen.)

18. Fournier, De l'emploi de l'extrait du lobe postérieur de l'hypophyse dans le placenta praevia, la délivrance à terme et la rétention placentaire post abortive. Bull. de la soc., d'obst. et de gyn. de Paris. Jahrg. 3. p. 370. (Drei auf Pituitrin sehr günstig reagierte Fälle.)

19. Fröhlich, Alfred, Die Pharmakologie der Hypophysensubstanzen. Wiener med. Wochenschr. Nr. 20. p. 1061. (Akute Wirkungen erzeugen nur die aus dem Infundibularteil der Hypophyse gewonnenen Präparate, die aus dem Vorderlappen gewonnenen dagegen haben keinerlei spezifische Wirkungen. Reichliche Versuche an Tieren zwecks Wirkung des Hypophysenextraktes auf den Blutdruck, die Niere, die Herztätigkeit, auf den Gang der Atmung und auf den Uterus.)

20. Gall, Piero, Indikationen und Kontraindikationen der Hypophysenextrakte in der geburtshilflichen Praxis. Gyn. Rundschau. Jahrg. 8. p. 394. (300 Fälle, bei denen das Präparat von Hofmann-Laroche „Pituglandol" benutzt wurde. Bei Beckenend., Querlage, drohender Uterusruptur, Herz- und Nierenkrankheiten, sowie bei Eklampsie soll man es nicht geben.)

21. Gardlund, W., Hypophysenextrakt als Wehenmittel. Arch. f. Gyn. Bd. 101. p. 543. (50 Fälle. Hypophysenextrakt ist ein gutes, aber kein ganz zuverlässiges Wehenmittel, wirkt gar nicht, wenn die Geburt noch nicht im Gange ist, wirkt in der Austreibungsperiode nicht besser als in der Eröffnung. Intravenöse Darreichung gefährlich für das Kind. In einigen Fällen trotz Wehenverstärkung kein Fortschreiten der Geburt. Häufigere Nachgeburtsblutungen nicht direkt durch Hypophysenextrakt bedingt.)

22. Gillespie, William, The problem of using oxystocic drugs during labor. Lancet-Clin. Vol. 111. p. 572. (Der Verf. hält Pituitrin und gleiche Präparate für ebenso schädlich als Secale cornutum.)

23. Grydl, J., Pituitrin, ein wehenanregendes Mittel. Casopis lékaruo cesk. 1913. Nr. 52. p. 1645. (Sieben Fälle, bei denen Pituitrin sehr gut wirkte. Keinerlei unangenehme Nebenerscheinungen, speziell Nachblutungen, vom Verf. beobachtet.)

24. Guggisberg, Referat über Wehenmittel. Gyn. Ges. d. Deutschen Schweiz. 11 u. 12. Juli 1914. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 45. p. 1397. (Verf. teilt alle Wehenmittel ein in künstliche und natürliche Funktionsmittel. Zu den künstlichen Funktionsmitteln gehören die Sekalepräparate, Hydrastis canadensis und Hydrastininum hydrochloricum. Die Sekalepräparate bewirken starke Tonussteigerung und Beschleunigung der Bewegung, sie erhöhen den Blutdruck und wirken gangränerzeugend und krampferregend. Hydrastis canadensis ist unbrauchbar als wehenerregendes Mittel, zu empfehlen dagegen ist das Chinin. Zu den natürlichen Funktionsmitteln rechnet Verf. alle die Stoffe, die in den Drüsen mit innerer Sekretion gebildet werden. Pituitrin ist ein sehr gutes Präparat, jedoch erzeugen hohe Dosen tetanusartige Sym-

ptome. Adrenalin ist wenig brauchbar, da es im Organismus rasch zerstört wird. Ferner nimmt der Verf. an, dass die Thyreoidea und Plazenta wehenerregende Substanzen enthalten.)

25. Harrison, George Tucker, Uterine inertia, its treatment. Americ. Journ. of obstetr. and Dis. of women and children. Vol. 68. p. 79. (Kampf gegen die heissen Scheidenspülungen intra partum zur Anregung von Wehen.)

26. Hendley, P. A., Pituitrin in labour. A record of sixty cases, with notes on its administration. Brit. Med. Journ. Nr. 2782. p. 906. (60 Fälle mit ausserordentlich gutem Erfolg. Dreimal trat Blutung post partum auf, die aber auf erneute Pituitrininjektion sofort standen.)

27. Herron, D. A., Pituitary products in obstetrics. St. Paul Med. Journ. Vol. 16. p. 237. (Anwendung in 31 Fällen, darunter fünf post partum.)

28. Hirsch, Josef, Praktische Ergebnisse der Geburtshilfe. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 41. (Verf. erkennt den Wert der Hypophysenextrakte an, die Methode des Dämmerschlafes sub partu für die häusliche Praxis verwirft er. Pantopon-Glanduitrin und zuletzt etwas Ätherinhalation wirkt gut bei krankhaft aufgeregten Kreissenden. Post partum injiziert er Sekakornin und Hypophysenextrakt.)

29. Labhardt, Diskussion zu Guggisberg. Gyn. Ges. d. Deutschen Schweiz. 11. und 12. Juli 1914. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 45. p. 1399. (Grossartige Erfolge nach Pituglandolinjektionen in der Austreibungsperiode, Nachgeburtsperiode und bei Atonie. Kombination mit Sekakornin empfiehlt Verf. auch. Bei der Behandlung des fibrilen Abortes leistet das Pituglandol Hervorragendes.)

30. Lindemann, Howard Edward, Pituitary extract in obstetrics. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Vol. 69. p. 232. (Pituitrin wirkt fast nicht bei der Geburtseinleitung, gute Erfolge bei Wehenschwäche sub partu. Verf. empfiehlt je nach der Cervixerweiterung bis auf vier Finger Durchgängigkeit nur die Hälfte der Anfangsdosis zu injizieren und auch bei Missverhältnis zwischen Becken und Kopf will er lieber mit kleineren Dosen wegen der Rupturgefahr beginnen.)

31. Losinsky, Über Pituitrin in der Geburtshilfe. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 589.

32. Madill and Allan, Pituitrin in Labour. Journ. of Obst. and Gyn. Vol. 25. Nr. 5. p. 299. (147 Fälle, auch bei Nachgeburtsblutungen und Placenta praevia mit Erfolg angewendet. Als Kontraindikation sind Vitium cordis und Nephritis anzusehen.)

33. Malinowsky, M., Tokodynamometrische Untersuchungen über die Wirkung des Pituitrins auf die Uteruskontraktionen unter der Geburt. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. p. 1. (Verf. stellte Untersuchungen mit dem Tokodynamometer an. Durch Pituitrin wird sicher eine spezifische Wirkung auf den Uterus ausgeübt, und zwar bleibt bei mittlerer Dosis der physiologische Charakter der Wehen erhalten. Am besten wendet man es an während der Ausstossungsperiode oder gegen den Schluss der Eröffnungsperiode. Im Beginn der Eröffnungsperiode wirkt es schädlich. Der extrauterine Druck während der Wehenpausen erfährt auch eine Steigerung nach der Pituitrineinspritzung. Eine besonders gute Wirkung bei Mehrgebärenden konnte nicht festgestellt werden. Stürmische Wehen in verschieden hohem Grade seien sehr oft. Als Dosis für das Präparat empfiehlt er 1 ccm. Wiederholung des Mittels ist erlaubt. Die Wirkung des Präparates beginnt 2—10 Minuten nach der Injektion. Die mittlere Wirkungsdauer beträgt ungefähr eine Stunde. Nur in 6% der Fälle blieb es wirkungslos. Störungen in der Nachgeburtsperiode wurden nicht beobachtet. Als einzige unangenehme Nebenerscheinung wurden Übelkeit, Herzklopfen, Gesichtsblässe beobachtet, aber nur in 2% der Fälle. Bei Herz- und Nierenkrankheiten will er es nicht ohne weiteres anwenden.)

34. Marek, R., Weitere Erfahrungen mit Pituitrin. Lékar. Rozhledy. Jahrg. 21. p. 29. (Hat meist gute Erfolge erzielt.)

35. McCord, James Robert, The present states of pituitrin in obstetrics. Atlanta Journ. Rec. of Med. Vol. 61. p. 60. (Nichts Neues. Als Indikationen sieht Verf. Wehenschwäche in der zweiten Geburtsperiode, post partum-Blutungen, Subinvolutio uteri an. Als Regelwidrigkeiten können folgen: Nachblutungen, Uterusruptur, vorzeitige Ausstossung der Plazenta und Tetanus uteri.)

36. Metzger, L'emploi des extraits hypophysaires en obstétrique. Ses indications et ses contre-indications. Revue mens. de Gyn., d'obst. Jahrg. 9. Nr. 2. p. 155. (Nichts Neues.)

37. Metzlar, C., Pituglandol. Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. II. Helft. Nr. 12. p. 760 bis 762. (Holländ.) (Zwei Fälle von Placenta praevia und einen Fall von Wehenschwäche mit gutem Erfolge und ohne Schädigungen durch Pituglandolinjektionen in kurzer Zeit beendet.) (Lamers.)

38. Mosbacher, Emil, Klinisch-experimentelle Beiträge zur Frage: Thyreoidea und Wehentätigkeit. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 75. p. 362. (Fütterungsversuche an Katzen und Meerschweinchen zwecks Prüfung der pharmakologischen Wirkung der Thyreoidea ergaben mit zwei Ausnahmen unter 32 Tieren lauter Aborte. Adrenalin fördert die Wirksamkeit des Schilddrüsenextraktes auf den Uterus. Die daraufhin an kreissenden Frauen unternommenen Versuche ergaben für Thyreoglandol bei 41 Fällen 12 mal, für die Kombination mit Adrenalin bei 12 Fällen siebenmal ausgesprochene Vermehrung und Verstärkung der Wehen, Fortschritt der Geburt jedoch nicht zu beweisen.)

39. Nichols, C. L., Pituitrin. Therapeutic Gaz. Juli. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 48. p. 1464. (Nichts Neues. Nephritis, Myokarditis, Arteriosklerose und drohende Uterusruptur sieht Verf. als Kontraindikationen für Pituitrin an.)

40. Oppenheimer, Hermann, Pituitrin in der Geburtshilfe. Arch. f. Gyn. Bd. 101. p. 501. 1913. (400 Fälle, gute Erfolge, bei Wehenschwäche gegen Ende der Eröffnungs- und innerhalb der Austreibungsperiode injiziert. Vergeblich mit Pituitrin sub partu behandelte Fälle neigen in 50% zu Blutungen in der Plazentarperiode und post partum placentae, wobei sich dann die Kombination des Pituitrins mit Sekakornin empfiehlt.)

41. — Bemerkungen zu Bischoffs Aufsatz: „Hypophysenextrakt und Atonia uteri" in dem Zentralblatt f. Gyn. Nr. 15. Zentralbl. f. Gyn. Jahrg. 38. p. 869. (Ein erfolgloser Fall, Forzeps muss angelegt werden, eine schwere Atonie folgt.)

42. Procopio, Warum soll man den Hebammen die Anwendung des Hypophysenextraktes nicht gestatten? Sep.-Abdr. Gazz. ital. delle Levatrici. 1913. (Hypophysenextrakt ist in den Händen des Arztes ein ausgezeichnetes Mittel, aber öfters bedingt es Störungen, so dass der Arzt operativ einschreiten muss. Deshalb warnt Verf., Hebammen die Anwendung des Präparates zu erlauben.)

43. Rinkbieter, W., Das isolierte Kaninchenohr als überlebender Gefässapparat zur Prüfung von Gefässmitteln, speziell Adrenalin und Hypophysin. Zeitschr. f. d. ges. experim. Med. Bd. 1. p. 355. 1913. (Durch die Versuche des Verf. werden auch die bisherigen Ergebnisse von Adrenalin- und Hypophysinwirkungen am Kaltblüter bestätigt.)

44. Rongy, A. J., und S. S. Arluck, Pituitrin, its abuse and dangers. New York. Med. Journ. Vol. 99. p. 878. (Auch Rongy und Arluck sind auf Grund von 300 Fällen der Meinung, dass Wehen durch Pituitrin nicht hervorgerufen werden. Die Wirksamkeit des Präparates ist nur von kurzer Dauer. Man soll es daher nicht in der Eröffnungsperiode geben. Die Verfasser fürchten auch bei Hindernissen durch enges Becken und fehlerhafte Lage den Eintritt einer Uterusruptur. Wenn bei Unterbrechung der Schwangerschaft behufs künstlicher Frühgeburt schon Wehen hervorgerufen worden sind, werden sie günstig durch das Präparat beeinflusst. Im übrigen aber soll man das Präparat im wesentlichen bei Wehen in der Austreibungsperiode bei ganz tiefstehendem Kopf geben.)

45. Rowland, Pituitary extract in obstetrics. Med. Journ. Vol. 56. p. 161. 1913. (Pituitrin eignet sich in Verbindung mit anderen Mitteln gut zur Beendigung eines Abortes und zur Einleitung der Geburt. Grösste Wirkung in der Austreibungsperiode, es erspart viele Zangen. Für das Kind hat Pituitrin keine Gefahr. Nicht anzuwenden ist es in toxischen Fällen mit erhöhtem Blutdruck.)

46. Santi, Emilio, Vergleichendes Studium über die Wirkung des Hypophysenextraktes von trächtigen und nichtträchtigen Tieren auf die glatte Muskelfaser. Arch. f. Gyn. Bd. 102. p. 432. (Die Kurven der Muskelzusammenziehung zeigen in Experimenten von Santi eine grössere Höhe, wenn man statt Kochsalzinjektion Hypophysenextrakt von einem nichtträchtigen Tier einwirken liess. Eine weitere Steigerung tritt ein bei dem Extrakt von trächtigen Tieren. Ebenso liess sich der ermüdete Muskel wieder zur Kontraktionstätigkeit bringen. Je weiter die Trächtigkeit vorgeschritten war, desto stärker war der Kurvenausschlag. Verf. schliesst also, dass der Hypophysenextrakt von trächtigen Tieren wirksamer ist als der von nichtträchtigen.)

47. Sheill, Pituitrin in Labour. Journ. of Obst. and Gyn. Vol. 25. Nr. 5. p. 300. (26 Fälle. Pituitrin, intramuskulär gegeben, hatte schnellen Erfolg.)

48. Slaitschewsky, A. W., Beobachtungen über die Wirkung des Pituitrins in der Geburtshilfe. Zeitschr. f. Eisenbahnmed. u. Sanitätsw. Jahrg. 3. p. 34. (14 Fälle. Einmal nur Forzeps. Beim Abortus war das Pituitrin unwirksam.)
49. Tassius, Albert, Über Wehenmittel. Arch. f. Gyn. Bd. 101. p. 513. (Recht gute Erfolge wurden mit Chinin erzielt, sowohl in der Eröffnungs- als auch in der Austreibungsperiode angewandt, auch bewirkt es künstliche Frühgeburt. Pituitrin, Pituglandol, Glanduitrin und Koluitrin wirken am besten in der Austreibungsperiode. Pituitrin erspart oft die Zange, unterstützt in der Abortbehandlung die Eröffnungsperiode, leistet bei postpartalen Blutungen gute Dienste. Bei künstlichen Frühgeburten dagegen nicht zu empfehlen. Pituglandol 2 ccm + Sekakornin 2 ccm ist vortrefflich bei Eklampsie, Placenta praevia, bei Uterus- und postpartalen Blutungen. Sekakornin, intra partum angewendet, bewirkte in 9 bei 24 Fällen Dauerkontraktionen, die fünfmal ein totes, zweimal ein tief asphyktisches Kind zur Folge hatten, auch macht es Schmerzen an der Injektionsstelle. Es eignet sich am besten für die Periode post partum, doch stets erst nach Austritt der Plazenta.)
50. Thelin, Korreferat über Wehenmittel. Gyn. Ges. d. Deutschen Schweiz. 11. und 12. Juli. 1914. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 45. p. 1398. (Am besten wirken die Hypophysenextrakte in der Austreibungs- und am Ende der Eröffnungsperiode, ungeeignet sind sie als Abortivum. Intravenöse Injektionen sub partu wirken energischer, haben jedoch bei der Mutter Blässe, Zyanose, Oppression, beim Kind Verlangsamung der Herztöne zur Folge. Sekalepräparate, Massage, heisse Spülungen sind bei postpartalen Blutungen den Hypophysenextrakten vorzuziehen.)
51. Turenne, A., L'extrait hypophysaire dans la pratique obstétricale. Ann. de gyn. et d'obst. Jahrg. 40. Tome X. p. 708. 1913. (11 Fälle vorzüglichster Wirkung. Bei Abort und zur Einleitung einer Frühgeburt wenig brauchbar. Auf den ruhenden Uterus wirkt es negativ, deutlich wirkt es am Ende der Gravidität, am meisten während der Austreibungsperiode. Keine schädlichen Nebenwirkungen für Mutter und Kind. Hypophysenextrakt scheint die Milchabsonderung zu vermehren und die Urinverhaltung nach der Geburt zu beheben.)
52. Untiloff, Zur Frage über die Wirkung des Pituitrins auf die isolierte Gebärmutter. Festschr. f. Prof. Pobedinsky, Moskau. p. 157. (Experimente am überlebenden Kaninchenuterus. Am besten eignet sich zu Versuchen der puerperale Uterus. Der virginelle kontrahiert sich sehr schwach, der trächtige ist untauglich, weil die Früchte Kontraktionen auslösen können.)
53. Voigt, J., Einige Bemerkungen zu dem Aufsatze von Dr. Grumann, Altona-Bahrenfeld: „Zur Kasuistik der Pituitrinwirkung". Münchn. med. Wochenschr. 1913. p. 1436. Frauenarzt. Jahrg. 29. p. 156. (Das Pituitrin ist unschuldig an der Bildung der Mastdarmcervixfistel.)
54. Walthard, Diskussion über Wehenmittel. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 45. p. 1399. (Experimentelle Versuche, die zeigen sollen, in welcher Weise die Sekrete endokriner Drüsen gegenseitig in der Beeinflussung des Uterusmuskelpräparates sich unterstützen.)
55. Watschnadse, K. D., Beobachtungen über die Wirkung des Pituitrin in der geburtshilflichen Abteilung des städtischen Krankenhauses in Exaterinodar, nebst Mitteilungen aus der Literatur. Journ. akusch. i shensk. bolesn. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 29. p. 557. (55 Fälle, keine schädlichen Nebenwirkungen beobachtet. Am besten wirkt Pituitrin in der Austreibungsperiode und bei atonischen Blutungen, geringer Effekt bei Frühgeburten.)
56. Weber, Über Hypophysenextrakte als Wehenmittel. Inaug.-Diss. Kiel. Berl. klin. Wochenschr. p. 899. (Bei Wehenschwäche und Wehenstillstand sowohl in der Eröffnungs- als auch in der Austreibungsperiode gute Erfolge. Hypophysenextrakte sollen nicht injiziert werden zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt und des Abortus, bei Uterusatonie in der Nachgeburtsperiode. Vorsicht ist geboten, wenn die kindlichen Herztöne schlecht sind.)
57. Wellmann, E., Resultate mit Hypophysenextrakten als wehenanregende und blutstillende Mittel bei der Geburt. Diss. Freiburg i. Br. 1913.
58. Wolff, K., Zirbeldrüsenextrakt in der geburtshilflichen Landpraxis. Deutsche med. Wochenschr. 1913. Nr. 32. p. 1557. (54 Fälle, darunter 28, bei denen die Wirkung des Präparates eine ganz ausgezeichnete war, ebenso bei 15 Fällen in der Nachgeburtsperiode mit gutem Erfolg angewandt. Bei 11 Fällen [sieben Erstgebärende mit rigiden Weichteilen und vier Mehrgebärende mit sehr grossen Kindern] musste trotz ausgiebiger Anwendung von Hypophysenextrakt die Geburt durch Forzeps beendet werden.)

59. Wormser, Diskussion über Wehenmittel. Gyn. Ges. d. Deutschen Schweiz. 11. und 12. Juli. 1914. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 45. p. 1399. (Verf. empfiehlt Tenosin in der Nachgeburtsperiode, ebenso die Kombination Pituitrin-Sekakornin. Er warnt vor der kombinierten Anwendung Pantopon-Sekakornin bei stillenden Müttern, da alle Opiate den Kindern schaden.)

Nachgeburtsperiode.

1. Abel, Karl, Uteramin-Zyma, ein synthetischer Ersatz der Mutterkornpräparate. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 17. p. 846. (Das synthetisch hergestellte Uteramin, ein Paraoxyphenyläthylamin, ist nicht nur ein vollkommener Ersatz der Mutterkornpräparate, sondern es übertrifft diese noch durch seine immer gleichmässige Zusammensetzung, durch seine vollkommene Ungiftigkeit und durch den Ausfall aller toxischen Nebenwirkungen. Die Rückbildung des Uterus geschieht nach der Entbindung energischer und schneller als nach Verabreichung von Mutterkornpräparaten. Eine einmalige Injektion von 1 ccm genügt; auch im Wochenbett bei Eihautretentionen wurden gleich gute Erfolge erzielt.)
2. Ahlfeld, F., Nachgeburtsbehandlung und manuelle Plazentalösung. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 76. p. 167. (Warnung vor überstürzten und gewaltsamen Manipulationen in der Nachgeburtsperiode, weil dadurch manuelle Plazentalösung nötig wird.)
3. Freeland, J. R., The relationship existing between the mechanism and management of the third stage of labor. A report of 2600 cases from the Rotunda Hospital, Dublin, Ireland. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Vol. 69. p. 302. (Ohne Nachhilfe durch Massage und Expressionsversuche erfolgt die Ausstossung der Plazenta nach Schultze in 82,5% unter 2600 Fällen. Nur in 5% aller Fälle sind die Eihäute unvollständig, dagegen fehlen sie in 15,4% der Fälle mit Lösung nach Duncan. Schultzes Mechanismus muss als normal und erstrebenswert angesehen werden, deshalb „Hand weg vom Uterus" in der dritten Geburtsperiode.)
4. Karnicki, Alexander, Zur Sekakorninwirkung in der Nachgeburtsperiode. Przeglad lekarski. Nr. 1. (Die beste Gebärmutterkontraktion war nach Sekakornininjektion und Darreichung per os in den ersten zwei Wochenbettstagen festzustellen.)
5. Procopio, Über die beste Methode der Nachgeburtsleitung. Sep.-Abdr. a. Gazz. ital. delle Levatrici. 1913. Nr. 16. (Ahlfelds abwartende Methode ist sehr zu empfehlen. In 90 bis 95% aller Fälle, verläuft die Nachgeburtszeit völlig normal. Bei drohender Atonie oder schon bestehender Blutung bewirkt Hypophysenextrakt einen leichten Austritt der Plazenta, ebenso macht Pituglandol bei Plazentarretention die manuelle Lösung überflüssig.)
6. Vogt, Pituitrin in der Nachgeburtsperiode. Deutsche med. Wochenschr. 1913. Nr. 49. (Pituitrin fördert die Loslösung der Plazenta, man kann es in der Nachgeburtsperiode trotz mehrmaliger Injektionen sub partu ruhig anwenden, bevor man zur manuellen Lösung schreitet. Auch bei Fehl- und Frühgeburten wartet Vogt und leitet die Nachgeburtsperiode mit Pituitrin ein. Verf. wendet zuerst Credé an, dann gibt er Ergotin und Pituitrin; keine gefährlichen Blutungen beobachtet.)

Narkose der Kreissenden.

1. Bar, Paul, L'anesthésie locale (méthode de Reclus) en obstétrique. Journ. des sages-femmes. Jahrg. 42. p. 1. (Die Methode hat sich in der Geburtshilfe sehr gut bewährt.)
2. Blankmeyer, H. H., Obstetrical helps. National eclectic. Med. Assoc. Quart. Vol. 5. p. 224.
3. Bürgi, Emil, Die Pantopon-Skopolaminnarkose. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 125. p. 211. 1913. (Von allen Kombinationen des Skopolamins mit den Alkaloiden der

Opiumreihe wirken die von Pantopon-Skopolamin am besten, sie beeinflussen das Atemzentrum sehr gering, auch wird das Erbrechen weniger beobachtet. Bürgi empfiehlt für die Beseitigung von Wehenschmerzen die Anwendung von 0,02 Pantopon, kombiniert mit 0,0002 Skopolamin.)

4. Esch, P., Über Dosierung und Erfolge von intramuskulären Pantopon-Skopolamininjektionen bei Kreissenden. Münchn. med. Wochenschr. Jahrg. 61. p. 690. (Esch stellt als Vorbedingung für die Injektion von Pantopon-Skopolamin das Vorhandensein guter Wehen hin. Ungefähr 75% erfolgreiche Injektionen. Wiederholt musste später noch Pituglandol gegeben werden. Drei von 200 Kindern wurden oligopnoisch geboren.)
5. Fuchs, H., Narkose und Anästhesie bei Geburten. Med. Klinik 1913. Nr. 30. (Übersichtsarbeit über die Geschichte der Anästhesie in der Geburtshilfe.)
6. Gellhorn, G., Lokale und spinale Anästhesie in Gynäkologie und Geburtshilfe. Journ. Amer. Med. Assoc. 1913. Bd. 61. Nr. 15. p. 1354. (Referiert im Bericht über die 64. Jahresversammlung der Amer. Med. Assoc. im Zentralbl. f. Gyn. 1913. p. 1366.
7. Gromadzki, H., Novokain und Adrenalin in der geburtshilflichen Praxis. Przegl. chir. i gin. Bd. 10. Heft 2. (Novokain in Kochsalzlösung, vermischt mit Adrenalin wird vom Verf. aufs wärmste für alle kleineren Eingriffe während und nach der Geburt zur lokalen Anästhesie empfohlen.)
8. Hubbard, B. Roswell, Anesthetics in labor. National eclectic. Med. Assoc. Quart. Vol. 5. p. 157. 1913. (Der Gebrauch von H. M. & C.-Tabletten, von Morphium und Adrenalin, oder das Auflegen von mit Äther oder Chloroform getränkter Gaze ist während der Wehen recht zu empfehlen.)
9. Johannsen, Th., Weitere Erfahrungen mit der Pantopon-Skopolaminnarkose und Pantopon überhaupt. Zentralbl. f. Gyn. Jahrg. 38. p. 724. (Gute Erfolge mit Pantoponinjektionen zur Linderung des Wehenschmerzes.)
10. Klaus, H., Über Verwendung von Narkophin in der Geburtshilfe. Münchn. med. Wochenschr. Jahrg. 61. p. 186. (90 Fälle. Narkophin lindert die Wehenschmerzen sehr gut, ist dem Pantopon gegenüber unschädlich. Nur in ganz seltenen Fällen Asphyxie der Kinder beobachtet. Narkophin wird sub partu in Form von Injektionen gegeben, um die Nachwehen aufzuheben in Form von Tabletten.)
11. Krönig, Erfolge des Dämmerschlafes bei Entbindungen. Ref. Zentralbl. .f. Gyn. Nr. 42. p. 1343. (3000 Entbindungen in Dämmerschlaf, keinerlei Schädigung der Mutter oder des Kindes nachgewiesen. Nachteilig nur ist die Möglichkeit des Eintritts von vorübergehenden Erregungs- und Verwirrungszuständen.)
12. Oertel, Christian, Laudanon in der Geburtshilfe. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 13. (70 Fälle mit sehr zufriedenstellendem Erfolg.)
13. Ricci, A. Parmenide, Della rachianestesia in ginecologia ed ostetricia. Arch. ital. di ginec. Jahrg. 17. p. 77. (Empfehlung der Lumbalanästhesie auch in der Geburtshilfe, keine schädigende Beeinflussung von Geburt, Wochenbett und Kind.)
14. Siegel, P. W., Über Leitungsanästhesie in der Gynäkologie und Geburtshilfe. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 28. p. 1451. (Der Verf. hält die Verwendung grosser Flüssigkeitsmengen für absolut notwendig, weil mit kleinen Mengen von 5—10 ccm für den Interkostalraum meist erfolglos gearbeitet worden ist.)
15. — Schmerzlose Entbindungen im Dämmerschlaf unter Verwendung einer vereinfachten Methode. Deutsche med. Wochenschr. p. 1049. (220 Fälle, mit nur 2% Versagern wurde Skopolamin-Narkophindämmerschlaf angewendet. Beim Durchschneiden des Kopfes leichter Chloräthylrausch. In der Eröffnungs- wie in der Austreibungsperiode wurde eine Geburtsverlangsamung beobachtet, ferner eine Operationsfrequenz zu 10% und eine Kindermortalität zu 2,15%.)
16. — Die paravertebrale Leitungsanästhesie. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 28. p. 1416. (20 geburtshilfliche Operationen in reiner Leitungsanästhesie, d. h. in paravertebraler oder parasakraler, resp. in kombinierter paravertebral-parasakraler Anästhesie. Stets gute Erfolge. Bisher noch keine Kontraindikation. Ein kleiner, frequenter Puls ist als leichte Nebenerscheinung zu bemerken. Keine Nachwirkungen.)
17. Soli, Skopomorphinanalgesie in der Geburtshilfe. Rassegna d'obst. e ginec. Jahrg. 22. Nr. 11 u. 12. (176 Fälle, darunter nur acht vollständige Versager. Niemals schadet es der Mutter, von 177 Kindern waren drei tot, 10 asphyktisch geboren.)
18. Wayne-Babcock, W., Spinalanästhesie in Gynäkologie, Geburtshilfe und Bauchchirurgie. Journ. Amer. Med. Assoc. 1913. Vol. 61. Nr. 15. p. 1358. Ref. im Bericht über die 64. Jahresversamml. der Amer. Med. Assoc. im Zentralbl. f. Gyn. 1913. p. 1365.

V.

Physiologie des Wochenbettes.

Referent: Privatdozent Dr. A. Hamm, Strassburg i. E.

I. Physiologie und Diätetik der Wöchnerin.

1. Allgemeines.

1. Bolaffio, M., Sur les lipoïdes du sang et sur l'action lipolytique du sérum dans l'état puerpéral. Ann. di ost. e gyn. Nov. 1913. p. 541—562. Ref. Rev. mens. de gyn., d'obst. et de péd. Nr. 5. p. 348. (Bolaffio stellt eine Graviditätslipämie fest, die gegen Ende der Schwangerschaft zunimmt, beim Geburtsakt ihr Maximum erreicht und dann nach der ersten Woche des Puerperiums allmählich verschwindet.)
2. Couvelaire, A., L'introduction à la chirurgie utérine obstétricale. Paris, Steinheil. Ref. in Arch. mens. d'obst. et de gyn. Tome 3. p. 73. (Zahlreiche Abbildungen der Blutgefässe des puerperalen Uterus.)
3. Decio, Über den Gehalt an Fett und Cholesterin des Blutes von Schwangeren und Wöchnerinnen bei normalem und pathologischem Zustande. Ref. in Gyn. Rundschau. Jahrg. 8. p. 494. (Im Wochenbett Abnahme des Blutes an Fett und Cholesterin, jedoch kein Zusammenhang zwischen dem Gehalt des Blutes an diesen Stoffen und den Lochien, der Uterusinvolution oder der Tätigkeit der Mamma aufzufinden.)
4. *Fabre et Petzetakis, Etude sur la bradycardie des suites de couches. Arch. mens. d'obst. et de gyn. Tome 3. p. 353—374.
5. Gayler, W. C., The dorsal position during the puerperium as a cause of retroversio uteri. Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. 62. p. 607.
6. Heil, K., Physiologie, Diätetik und Pathologie des Wochenbetts. Sammelreferat über das Jahr 1912. Gyn. Rundschau. Jahrg. 8. Heft 3. p. 99—117.
7. *Hofmann, E., Zur Blutgerinnung und zum Blutbild bei normalen, hyperthyreotischen und hypothyreotischen Schwangeren und Wöchnerinnen. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 75. p. 246—263.
8. Lhoste, M., Le lever précoce surveillé des accouchées. Thèse de Lyon. 1913. Nr. 45. (Vorteilhafte Erfahrungen an 680 Wöchnerinnen der Lyoner Klinik durch Frühaufstehen am 4.—5. Tag.)
9. Osouf, M. L., Contribution à l'étude de la dilatation aiguë de l'estomac chez les nouvelles accouchées. Thèse d'Alger. 1913. Nr. 4. (Osouf hat bei Frischentbundenen relativ häufig akute Magendilatation nachweisen können, besonders nach Chloroformnarkose.)
10. Parazzi, P., A propos des causes des affections de la bouche et des dents durant l'état puerpéral. Ann. di ost. e gyn. Nov. 1913. p. 575—590. Ref. in Revue mens. de gyn., d'obst. et de péd. Nr. 5. p. 348. (Empfehlung salzreicher Kost zur Bekämpfung der Entkalkung der Zähne; ferner Anraten reichlicher antiseptischer Mundspülungen.)
11. Pellissier, M. P., De la tension artérielle, de la viscosité du sang total et de leurs rapports au cours de la grossesse normale et pathologique, pendant le travail et les suites de couches. Thèse de Paris. 1913. Nr. 407.
12. *Sieben, W., Über das Blut des Weibes in der Geburt und im Wochenbett. Dissert. Strassburg.
13. *Tertola, L., Über Blutveränderungen während der Geburt, Laktationsperiode und der ersten Menses post partum (mit 8 Tafeln und ausführlicher Literatur). Arch. f. Gyn. Bd. 103. p. 115—216.
14. La Torre, F., Come si deve nutrire una puerpera. (Considerazioni di pratica ostetrica.) Clin. ostetr. Jahrg. 16. Nr. 7 u. 8. (Klinische Beobachtungen über die zweckmässigste Ernährung der Wöchnerin.)

Während der Streit um die Zweckmässigkeit des Frühaufstehens der Wöchnerinnen sich beruhigt zu haben scheint, hat die Erforschung des Blutes sowie der Kreislaufsverhältnisse im Wochenbett aufs neue das Interesse der Geburtshelfer in Anspruch genommen. So publiziert L. Tertola (13) aus der Heinriciusschen Klinik ausführliche Studien über die Blutveränderungen, die er an 13 Fällen in der Schwangerschaft, während der Geburt und im Wochenbett bis zum Wiedereintritt der Periode machen konnte. Sie stehen im grossen und ganzen im Einklang mit den Resultaten, die W. Sieben (12) an 10 Fällen der Strassburger Frauenklinik gewann. Sieben resumiert dahin, dass die Erythrozyten und Hämoglobin im Wochenbett ein ähnliches Verhalten zeigen wie nach sonstigen Blutverlusten, d. h. zuerst einen langsamen Abfall und dann einen langsamen Anstieg beider Faktoren. Tertola fand unter der Geburt entsprechende Erythrozytenzahlen wie bei seinen letzten Untersuchungen (80—569 Tage post partum), ebenso entsprachen sich die Hämoglobinwerte dieser beiden Epochen; auf die Geburt folgte in der Hälfte der Fälle ein Sinken der Erythrozyten sowie der Hämoglobinwerte, bei der anderen Hälfte waren allerdings keine deutlichen Veränderungen wahrnehmbar. Hingegen konnte er in den meisten Fällen zwischen dem 10. und 40. Tage post partum das Eintreten einer „Steigerungsperiode" beobachten, die zu einer Erythrozytenvermehrung um durchschnittlich 31,2$^0/_0$ führte und 1—4 Monate anhielt. Die Steigerung betrifft aber bloss die roten Blutkörperchen, nicht auch den Hämoglobingehalt, der nicht Schritt hält mit dieser Vermehrung der Erythrozytenzahlen. Es fand sich eine grössere Steigerung bei den Frauen, die während der ersten $1^1/_2$ Monate mit dem Stillen aufhörten. Der Eintritt der Menses fiel meist in die Steigerungsperiode. Auch über das Verhalten der weissen Blutelemente scheinen beide Autoren mit ihren exakten Methoden zu ziemlich übereinstimmenden Ergebnissen gekommen zu sein. Nach Sieben erreicht die Geburtsleukozytose erst in der zweiten Woche ihr Ende, und zwar sinken die neutrophilen polynukleären Leukozyten von der Geburt bis zum Ende des Wochenbetts ununterbrochen ab. Ein ähnliches Verhalten zeigen die Lymphozyten. Die Eosinophilen fehlten lange nicht so oft wie in der Literatur angegeben, hingegen fehlten die Mononukleären, Mast- und Übergangszellen im allgemeinen gleich nach der Geburt und traten auch im Wochenbett meist nur spärlich auf. Tertola fasst sich hierüber folgendermassen zusammen: Die polynukleären Leukozyten zeigen keine wesentliche Änderung während der ersten Woche, dann meist eine binnen acht Tagen post partum beginnende meist langsame Steigerung, die erst $^1/_2$—$2^1/_2$ Monate später aufhört. Die Eosinophilen verschwinden in der Geburt entweder völlig oder fast völlig und kehren dann in 2—4 Wochen und länger anhaltender Steigerung wieder. Das Sinken der Gesamtzahlen der Leukozyten sowie der absoluten und der prozentischen Zahlen der Neutrophilen schreitet noch nach der ersten Woche fort, dauert meist $^2/_3$—2 Monate an und ist häufiger nach der auf die Geburt folgenden Woche grösser als während derselben.

E. Hofmann (7) untersuchte die Blutgerinnungszeit bei normalen, hyperthyreotischen und hypothyreotischen Schwangeren und Wöchnerinnen. Während durch die Geburt die Gerinnungszeit in 50$^0/_0$ der Fälle verkürzt ist, verzögert sie sich im Wochenbett allmählich und kehrt zur Norm zurück. Es besteht kein Unterschied bei den drei Kategorien.

Eine beachtenswerte Studie über die „physiologische puerperale Bradykardie" haben Fabre und Petzetakis (4) mitgeteilt, allerdings ohne Berücksichtigung der einschlägigen deutschen Literatur, so dass die Frage nur ungenügend gelöst wird. Während Hamm in seiner Inaug.-Dissertation (Strassburg 1903) nachgewiesen hatte, dass es sich bloss in etwa 10$^0/_0$ der Fälle von langsamem Puls im Wochenbett um eine richtige Pulsverlangsamung handelt, sprechen sie jeden Fall von einer Pulsfrequenz zwischen 70—60 als „bradycardie légère", zwischen 60—50 als „bradycardie moyenne", zwischen 50—40 als „brady-

cardie forte" an. Den Eintritt der Verlangsamung sahen sie meist am dritten oder vierten Wochenbettstag, das Maximum am 7. bis 9. Tag, das Verschwinden am 18. bis 30. Tag. Je früher sie einsetzt, desto schneller verschwinde sie im allgemeinen.

Neben der „bradycardie totale vraie" unterscheiden Fabre und Petzetakis eine „bradycardie par arythmie sinusale" und eine „bradycardie totale avec arythmie sinusale", beides meines Erachtens Folgen der „respiratorischen Arythmie". Dass die „bradycardie par extra-systoles" äusserst selten ist, heben auch Fabre und Petzetakis hervor. Besprechung der Atropin- und der Amylnitritprobe sowie andererseits des „réflexe oculo-cardiaque" (Augapfelkompression). Fabre und Petzetakis sehen die Ursache der Verlangsamung in einer Vagusreizung reflektorischer oder toxischer Natur, jedenfalls nicht in einer Veränderung des Blutdrucks; auch kann sie nicht einfach die Folge der Bettruhe sein, da die Frauen nach Vorschrift der Lyoner Klinik am dritten bis vierten Tag das Bett verliessen.

2. Milchsekretion, Stillen.

1. Bouin et Ancel, Sur le rôle du corps jaune dans le déterminisme expérimental de la sécrétion mammaire. Soc. de biol. Paris, 31 Janv. (Bouin und Ancel weisen nach, dass mechanische Reizung des Uterus denselben sekretionsanregenden Einfluss auf die Milchbildung auszuüben vermag wie das Hormon des Corpus luteum, vorausgesetzt, dass die Mamma durch dieses Hormon bereits sensibilisiert war.)
2. Brodsky, C., Beobachtungen über die Laktation der Ammen. Arch. f. Kinderheilk. Bd. 63. Heft 3 u. 4. (Protokollarische und tabellarische Mitteilungen über die Laktationsdauer und -menge sowie über die Änderungen der Laktation während der Menstruation.)
3. Bunge, G. v., Die zunehmende Unfähigkeit der Frauen, ihre Kinder zu stillen. Die Ursachen dieser Unfähigkeit, die Mittel zur Verhütung. Ein Vortrag. 7. verm. Aufl. mit einem polemischen Nachwort. München, E. Reinhardt. 40 p. 0,80 Mk. (380 neue Beweisfälle zu den 2400 der VI. Auflage.)
4. Cameron, H. Ch., A lecture on the causes of the failure of women to nurse their infants at the breast. The Lancet. Vol. 2. Nr. 13. p. 911—917. 1913. (Vorlesung über das Unvermögen der Frauen, ihre Kinder zu stillen.)
5. Cavagnis, G., Contribution clinique et expérimentale à l'étude de la sécrétion interne de la mamelle. Ann. di ostetr. e gyn. Nov. 1913. p. 563—574. Ref. in Rev. mens. de gyn., d'obst. et de péd. Nr. 5. p. 348.
6. Deresse, Fr., Des causes qui empêchent les femmes d'allaiter. Rev. prat. d'obst. et de péd. Tome 27. Nr. 297 u. 298. (Statistik aus drei Kliniken [Marfan, Baudelocque und Tarnier] über die Stillfähigkeit der Frauen. Obwohl 80—82% vollkommen stillfähig waren, stillten bloss ca. 32%. Stillunfähigkeit in den höheren Ständen grösser als in den Arbeiterklassen.)
7. Grumme, Über die Möglichkeit, den Fettgehalt der Milch zu steigern. (Tierexperimentelle Studie.) Zeitschr. f. exp. Path. u. Therap. Bd. 14. p. 549—554. (Fütterungsversuche an Ziegen mit Malztropon. Durchschnittliche Vermehrung der Milchmenge um 18%, Erhöhung des Fettgehaltes um fast ein Drittel in drei gleichsinnig ausgefallenen Versuchsreihen.)
8. Hill, R. L., and S. Simpson, The effect of pituitary extract on the secretion of milk in the cow. Proceed. of the Soc. for exp. Biol. and Med. Vol. 11. Nr. 3. p. 82—85. (Durch intravenöse Injektion von Extrakt sowohl der ganzen Hypophyse wie bloss des Hinterlappens zeigte sich bei der Kuh ein deutliches Ansteigen der Milchsekretion, besonders eine Erhöhung des Fettgehaltes. Jedoch wurde diese künstliche Steigerung in der nächsten Milchperiode wieder ausgeglichen, so dass bei Untersuchung der Tagesmenge keinerlei Unterschiede gegenüber der sonstigen Milchsekretion nachweisbar sind.)
9. Hirsch, G., Beiträge zur Stillungsnot in München. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 64. (Statistische Mitteilungen über die Ermittelungsergebnisse beim Material der Poliklinik für Frauenleiden in München.)

10. Huët, G. J., Über die Wirkung der Laktagoga. Ned. Tijdschr. v. Geneesk. Heft 1. Nr. 17. p. 1353—1370. (Spricht den Laktagoga [Malztropon, Theinhardts Hygiama etc.] eine spezifische Wirkung ab; bloss leicht assimilierbare Nahrungsmittel, die bei unterernährten Müttern natürlich besonders empfehlenswert.)
11. Krosz, G., Beitrag zur Frage der Stillfähigkeit. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 76. p. 470—497. (Auf Grund des Materials an der Landesfrauenklinik in Magdeburg von 1911—1913 kommt Krosz zu folgendem Ergebnis: völlig stillunfähig waren 0,96% der Wöchnerinnen; ausreichend Stillfähige 86,61%, bei 12,43% bestand mangelhafte Stillfähigkeit. Für das bearbeitete Material kann von einer Abnahme der Stillfähigkeit nicht die Rede sein; er hält es für wesentlich, den Stillwillen und die Stillfreudigkeit der Mütter anzuspornen.)
12. Patein, G., et L. Devel, Variation du lait de femme selon l'âge après l'accouchement. Journ. de diététique et bactériothérap. 20 Nov. 1913. p. 312. (Die ausgedehnten Untersuchungen von Patein und Devel bestätigen die Anschauungen Barbiers, dass die Ammenmilch je nach dem Alter der Amme sowie je nach der Tageszeit sehr variieren kann; besonders im ersten Monat nach der Niederkunft bestehen beträchtliche Unterschiede im Gehalt von Fett, Milchzucker und Kasein.)
13. Stevenson, B. A., Report of Experiments to Test the Toxicity of Mother's Milk after Administration of Acetanilide. The Journ. of the Michigan State Med. Soc. April.
14. Zuckmayer, F., Über die Frauenmilch der ersten Laktationszeit und den Einfluss einer Kalk- und Phosphorsäurezulage auf ihre Zusammensetzung. Pflügers Arch. f. d. ges. Physiol. Bd. 158. p. 209—218. (Durch Verabreichung von Trikalkol (kolloidales, alkalilösliches Trikalziumphosphatkasein) mit der Nahrung konnte Zuckmayer den Kalkgehalt der Milch um ca. 10% steigern, aber nur dann, wenn das Mittel bereits während der Schwangerschaft verabreicht wurde; hingegen liess sich nach bereits erfolgter Entbindung eine regelmässige Erhöhung der Kalk- und Phosphorwerte nicht mehr erzielen.)

II. Physiologie und Pathologie des Neugeborenen.

1. Allgemeine Physiologie und Diätetik.

1. Benecke, M., Die Bedeutung einzelner Merkmale zur Altersbestimmung des neugeborenen Kindes. Dissert. Leipzig 1913.
2. *Benestadt, Wo liegt die Ursache zur „physiologischen" Gewichtsabnahme neugeborener Kinder? Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 80. Heft 1.
3. Betke, H., Die Couveusenbehandlung der Frühgeborenen und Lebensschwachen. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. p. 255. (Mitteilung der von 1902—1912 an der Heubnerschen Klinik mit der Couveusenbehandlung erzielten Resultate.)
4. Bondy, J., Das Gewicht des Neugeborenen und die Ernährung der Mutter. Wiener klin. Wochenschr. p. 14—16. (Hinweis auf die Abhängigkeit des Neugeborenen von der Ernährung der Mutter in der Schwangerschaft.)
5. Chapuis, R., La viabilité des nouveau-nés. Rev. méd. de la Suisse romande. Jahrg. 34. p. 58—61. (Eine 830 g schwere, etwas über 5 Monate getragene Frucht lebte 17 Stunden, eine andere, am Ende des sechsten Monats ausgestossene lebte über zwei Monate.)
6. Dalyell, E. J., Obligate Anaerobes in Alimentary Tract of Infants. Ref. in The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. 63. Nr. 22. p. 1985. (Von der 8. bis zur 48. Stunde nach der Geburt waren zwei obligate Anaerobier im Intestinaltraktus der Neugeborenen vorherrschend, erst am Ende der ersten Lebenswoche fanden sich Koliformen in der Mehrzahl.)
7. Devillers, A., Recherches de thermométrie chez le nouveau-né. Thèse de Paris. 1912. (Während beim Fötus in utero die fötale Temperatur die mütterliche um ca. 0,3° übersteigt, ist sie später sehr von äusseren Einflüssen abhängig.)
8. *Fellenberg, R. v., und A. Döll, Über die biologischen Beziehungen zwischen Mutter und Kind. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 75. p. 285—318.

9. Flusser, E., Untersuchungen über die Gerinnbarkeit des Blutes in den ersten Lebenswochen. Monatsschr. f. Kinderheilk. Orig. Bd. 12. p. 705—713. (Bei Icterus neonatorum beträgt die Blutgerinnbarkeit 11—12 Minuten gegenüber sonst $8^1/_4$ Minuten.)

10. Fossati, G., Les glandes sudoripares des foetus nés de mères albuminuriques ou éclamptiques. Ann. di ostetr. e gyn. Oct. 1913. p. 513—528. Ref. in Rev. mens. de gyn., d'obst. et de péd. Nr. 5. p. 348.

11. Franz, Th., und A. v. Reuss, Beiträge zur Kenntnis des Harns der ersten Lebenstage. Zeitschr. f. Kinderheilk. Bd. 11. Heft 3.

12. Gaucher, L., Adaption du suc gastric à la coagulation et à la digestion du lait chez les nourrissons. Soc. de biol. de Paris. 7 Mars. Rev. mens. de gyn., d'obst. et de péd. Nr. 6. p. 402. (Nachweis, dass Säuglinge, die mit Kuhmilch ernährt werden, mehr Magensaft produzieren als Brustkinder.)

13. Gaultier, P., L'examen des gardes-robes de nourrissons: indication diagnostiques et diététiques. Paris méd. 10 Janv. (Beschreibung der verschiedenen Stühle beim gesunden wie beim kranken Säugling.)

14. Grumeau, Etude médico-légale sur la viabilité des nouveau-nés. Thèse de Lille. 1913. Nr. 15.

15. Hellin, Z., Über eine noch unbekannte Eigenschaft des Blutserums von Neugeborenen und Schwangeren. Münchn. med. Wochenschr. p. 1331—1332. (Das inaktivierte Serum von Schwangeren sowohl wie das Nabelschnurblut zeigt einen grünlich opaleszierenden Schimmer und wird trüb, während das Blutserum von Männern keine derartige Veränderungen zeigt. Erklärung vorläufig unklar.)

16. *Joukovsky, V., Über die Metrorrhagien der neugeborenen Mädchen. Pediatria. (Russisch.) Bd. 4. Nr. 6. p. 474—482.

16a. Kaarsberg, J., An Barnet under Svangerskab og Fódsel. (Über das Kind während der Schwangerschaft und Geburt.) Vortrag. Ref. Tijdskr. for Sygepleje. Nr. 7. 7 p. (O. Horn.)

17. Kaznelson, R., Klinische Untersuchungen über Asymmetrie des Schädels bei Neugeborenen. Diss. München.

18. Keller, A., und W. Birk, Kinderpflegelehrbuch. II. Aufl. Berlin, J. Springer. 2 Mk.

19. *Lawatschek, R., Die enterale Resorption von genuinem Eiweiss bei Neugeborenen und darmkranken Säuglingen und ihre Verwertbarkeit als Funktionsprüfungsmethode. Prager med. Wochenschr. Nr. 16.

20. *Linzenmeier, G., Der Verschluss des Ductus arteriosus Botalli nach der Geburt des Kindes. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 76. p. 217—252.

21. Maurel, M. E., Contribution à l'étude du thorax chez le nouveau-né. Bull. de la soc. d'obst. et de gyn. de Paris. Nr. 2. p. 127. (Die kreisrunde Beschaffenheit des Brustkorbs der Neugeborenen ist aufzufassen als Anpassungserscheinung an den infolge der grösseren Körperoberfläche gesteigerten Sauerstoffumsatz des Säuglings.)

22. Maurel, E., Etude du thorax chez le nouveau-né. Arch. mens. d'obst. et de gyn. Tome 13. p. 517—544.

23. *Metschnikoff, E., Les diarrhées des nourrissons; études sur la flore intestinale. Ann. de l'Institut Pasteur. p. 89—120.

24. Noack, F., Der Übergang der mütterlichen Scheidenkeime auf das Kind während der Geburt. Inaug.-Diss. Halle.

25. *Opitz, H., Über Wachstum und Entwickelung untergewichtiger ausgetragener Neugeborener. Monatsschr. f. Kinderheilk. Bd. 13. Heft 3.

26. *Peller, S., Anthropometrische Untersuchungsergebnisse bei Neugeborenen jüdischer und nichtjüdischer Abstammung. Zeitschr. f. Demogr. u. Stat. der Juden. Jahrg. 10. Nr. 2. p. 23—25.

27. — Das Gewicht des Neugeborenen nach der sozialen Lage und dem Ernährungszustande der Mutter. Wiener klin. Wochenschr. p. 327—329. (Erwiderung auf Bondis Aufsatz.)

28. Pironneau, Le thorax en entonnoir chez le nourrisson. La Clin. infantile. p. 1—6.

29. *Pirquet, Cl. v., Über den Zusammenhang von Länge und Gewicht bei neugeborenen Kindern. Wiener med. Wochenschr. 1915. p. 37.

30. *Popoff, H., La pression sanguine chez les enfants sains. Thèse de St. Pétersbourg. 1913. Ref. in Rev. mens. de gyn., d'obst. et de péd. Nr. 5. p. 364.

31. Rinne, H., Über das Verhalten der Blutelemente beim Fötus. Diss. Göttingen 1913.

32. Rumberg, P., Über die Kopfgeschwulst bei Neugeborenen. Diss. Göttingen 1913.

32a. Schmidgall, Gr., Bakteriologische Untersuchungen des Scheidensekrets der neugeborenen Mädchen. Diss. Strassburg und Beitr. z. Geb. u. Gyn. Bd. 19. Heft 2. p. 190.
33. Schütt, Über die Temperaturverhältnisse bei Neugeborenen. Diss. Giessen 1913.
34. Stolte, K., Betrachtungen und Erfahrungen über eine weniger schematische Behandlung von Säuglingen im Krankenhause. Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 80. Heft 2. (Beherzigenswerte Ratschläge für Leiter von Säuglingsstationen.)
35. Tugendreich, G., Vorträge über Ernährung und Pflege des Kindes im ersten und zweiten Lebensjahre. F. Enke, Stuttgart. 1,60 Mk.
36. Uffenheimer, A., Gibt es einen „schädlichen Nahrungsrest" beim Säugling? Münchn. med. Wochenschr. Jahrg. 61. p. 2027—2030 u. 2066—2069. (Durch das regelmässige Auffinden des Kaseins in den Stühlen der Säuglinge ist das Vorhandensein eines Nahrungsrestes zweifellos erwiesen. Inwieweit es ein schädlicher Nahrungsrest ist, lässt sich vorläufig noch nicht sicher sagen.)
37. *Weihrauch, H. V., Die Ursache des ersten Atemzugs. Clevel. Med. Journ. Juli 1913.
38. *Weisswange, Das Baden der Kinder. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 2. p. 90.
39. *Zacharias, E., Genitalblutungen neugeborener Mädchen. Med. Klin. Nr. 46.

Durch Prüfung der Bakterienagglutinine, Bakteriolysine und Hämagglutinine konnten Fellenberg und Döll (8) feststellen, dass eine prinzipielle Übereinstimmung im Verhalten des mütterlichen und des kindlichen Organismus nicht besteht. Die normalen Antikörper entstehen im Fötus autochthon, ihre Bildung ist eine natürliche Funktion der fötalen Körperzellen. Es besteht schon beim Fötus ein vollständig nach allen Richtungen fertig ausgebildeter Zellchemismus mit seinen vielgestaltigen Rezeptoren für Nahrung aller Art, von denen eine Anzahl auch auf pathogene Bakterien bereits eingestellt sind. Der Fötus ist also schon bei der Geburt, was seine normale Antikörperbildung und seinen Zellchemismus anbetrifft, ein eigenes Individuum und nicht von der Mutter abhängig.

Über den Zusammenhang zwischen der Länge und dem Gewichte bei Neugeborenen machte v. Pirquet (29) eingehende Untersuchungen durch Messungen und Wägung von je 200 Knaben und Mädchen der Schautaschen Klinik. Es ergab sich, dass die Knaben durchschnittlich um 1 cm länger sind als die Mädchen und dass dieser grösseren Durchschnittslänge der Knaben auch ein grösseres Durchschnittsgewicht entspricht. Das Gewicht steigt proportional der Länge an, überhaupt sind die Neugeborenen verschiedener Länge und verschiedenen Geschlechts einander geometrisch ähnlich; bloss im Fett- und Muskelansatz zeigen sich stärkere Variationen. Dass die Rasseneigentümlichkeiten schon beim Neugeborenen zum Ausdruck kommen, konnte Peller (26) dartun durch anthropometrische Messungen jüdischer und nichtjüdischer Abkömmlinge. Bei den Juden zeigte sich ein durchschnittlicher Rückstand der Erstgeborenen um 84 g gegenüber den Katholiken; auch sonstige anthropologische Eigentümlichkeiten liessen sich deutlich wahrnehmen.

Das Schicksal untergewichtiger ausgetragener Neugeborener hat H. Opitz (25) näher verfolgt. Von 73 derartigen Kindern haben sich die meisten ganz normal entwickelt; bloss schienen etwas häufiger „exsudative Diathese" sowie Ernährungsstörungen vorzukommen.

Benestadt (2) geht der Ursache zur „physiologischen" Gewichtsabnahme neugeborener Kinder nach. Nach ihm beruht die Abnahme, deren Dauer und Höhe vom Entwickelungsgrad des Kindes, seinem Geburtsgewicht und der Milchmenge der Mutter mit abhängig ist, auf einer Stoffwechselinsuffizienz, besonders des Wasserstoffwechsels. Die Ausscheidung grosser Stickstoffmengen im Harn spricht für mangelhafte Ausnutzung und Spaltung von Eiweissstoffen in den ersten Lebenstagen.

Als auslösendes Moment für den ersten Atemzug ist nach Weihrauch (37) vor allem die Reizung des Atemzentrums durch kohlensäureüberladenes Blut

anzusehen. Einen neuen Gesichtspunkt für die Lehre vom Verschluss des Ductus arteriosus Botalli nach der Geburt des Kindes stellt Linzenmeier (20) auf. Er kommt ebenso wie schon früher Walkhoff und Kirstein zu dem Resultat, dass keine der bisherigen Verschlusstheorien genügend erscheint. Linzenmeier hat auf Grund von Experimenten die Überzeugung gewonnen, dass das Hauptmoment für den plötzlichen Duktusverschluss gleich nach der Geburt die Drehknickung des Duktusrohres infolge der Herzverlagerung zu gelten hat, die ihrerseits wiederum eine Folge der Lungenentfaltung und Ausdehnung durch den ersten Atemzug ist.

Popoff (30) hat eine Zunahme des Blutdrucks im ersten Lebensjahr festgestellt und zwar von 34—74 beim Neugeborenen auf 49—100 am Ende des ersten Jahres. In den folgenden Lebensjahren steigt dann der Blutdruck viel langsamer. Bei Frühgeborenen und Lebensschwachen ist der Blutdruck am niedrigsten.

Über die Resorptionsverhältnisse des Neugeborenendarms hat Lawatschek (19) neue serologische Untersuchungen mitgeteilt. Die Durchgängigkeit des Darmes Neugeborener für heterologes Eiweiss besteht normalerweise über den 10. Lebenstag hinaus. Mit zunehmendem Alter scheint die Resistenz der Magendarmwand allmählich zu wachsen. Diese „Permeabilitätsreaktion" auf genuines Eiweiss wurde bei älteren Säuglingen infolge schwerer Darmstörungen wieder positiv. Bei akuter Enteritis wurden die gleichen, ja sogar höhere Werte erreicht wie beim Neugeborenen.

Metschnikoff (23) wendet sich auf Grund experimenteller Untersuchungen an Affen gegen die neuerdings vielfach wieder vorgebrachte Anschauung, dass die Cholera infantium keine Infektionskrankheit sei. Er sieht im Bac. proteus den fast regelmässigen Infektionserreger, sowohl wegen seiner Anwesenheit in 93% der infizierten Stühle als wegen der Möglichkeit, beim höheren Affen durch Verfütterung mit Proteus experimentelle „Cholera infantium" zu erzeugen. Für die Prophylaxe der Erkrankung spricht Metschnikoff der Ausrottung der Fliegen eine besondere Bedeutung zu.

Th. Franz und A. v. Reuss liefern interessante Beiträge (11) zur Kenntnis des Harns der ersten Lebenstage. Der erste von Neugeborenen gelassene Urin enthält in ca. der Hälfte der Fälle einen durch Essigsäure fällbaren Körper, der in den späteren Harnportionen sogar noch häufiger nachgewiesen wird, aber gegen den achten Tag hin allmählich verschwindet. Verf. sehen in der Eiweissausscheidung einen physiologischen Vorgang und machen die intra partum auftretenden Zirkulationsstörungen dafür verantwortlich. Auch die Indikan- und Nitratreaktion mit Diphenyldiamin war im Harn der ersten Lebenstage, namentlich zur Zeit der Übergangsstühle, sehr häufig positiv.

Merkwürdigerweise bekämpft Joukovsky (16) die heute, bei uns doch wohl allgemein angenommene Anschauung Bayers, dass die Genitalblutungen Neugeborener Folge einer durch innersekretorische materne Reize hervorgerufenen Uteruskongestion sind. Er sieht sie als etwas Pathologisches an, sah sie in 35 von 16000 Fällen auftreten. Weit häufiger fand Zacharias (39) derartige Blutungen (in 2,5%) und zwar am häufigsten am sechsten bis siebenten Tage, überall bei großen Kindern mit hohem Gewicht (3150—4840 g).

Weisswange (38) übt Kritik an der in § 170 des neuen Sächsischen Hebammenlehrbuchs gegebenen Vorschrift, dass die Neugeborenen einmal nach der Geburt gebadet werden sollen und dann bis zum Abfall des Nabels nicht wieder. Wenn die Infektionsgefahr durch das Baden eine so grosse sei, dann müsse sie doch gerade für das erste Bad bei der noch völlig ungeschützten Nabelschnurwunde besonders schwer ins Gewicht fallen. Weisswange bespricht seine eigene Methode zur Versorgung des Nabelschnurrestes und weist darauf hin, dass die peinlichste Asepsis hierbei die Hauptsache sei, während man aus dem Baden oder Nichtbaden keine Kardinalfrage machen dürfe. Jedenfalls erblickt er

darin eine Inkonsequenz, dass man das erste Bad verlangt und die folgenden Bäder bis zum Nabelschnurrestabfall verbietet.

2. Natürliche und künstliche Ernährung des Neugeborenen.

1. Amidien, M., De l'allaitement au sein des ouvrières. Chambres d'allaitement. Thèse de Lyon. 1913. Nr. 78. (Empfehlung der Einrichtung von „Stillkammern" in industriellen Betrieben, um den Arbeiterinnen einmal morgens und einmal abends Gelegenheit zum Stillen zu geben.)
2. Bauholzer, K., Der Einfluss des Nichtstillens auf das Schicksal der Neugeborenen. Inaug.-Diss. München 1913.
3. Bar, P., Comment faut-il comprendre ce terme: „Athrepsie des nouveau-nés et prématurés"? Journ. des sages-femmes. Jahrg. 42. Nr. 11. p. 81—84. Nr. 12. p. 89—91. (Die „Nichternährbarkeit" ist fast immer eine Folge der künstlichen Ernährung; die Säugetiermilch kann eben nie der Milch der Frau vollkommen gleichgemacht werden. Gelingt dem Neugeborenen der Umbau der fremden Eiweisskörper nicht, so entsteht eine Art chronischer Anaphylaxie, die zur Athrepsie führt. Die äusserst seltenen Fälle, wo Muttermilch nicht vertragen wird, erklärt Bar dadurch, dass die Mutter eine schwere Erkrankung durchgemacht hat, infolge deren die Milch Stoffe enthält, die ebenso wirken wie die nicht arteigene Milch.)
4. Benestad, G., Über die Ernährungsverhältnisse Neugeborener. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. p. 674. (Hinweis auf die Wichtigkeit der Brustnahrung für die ersten Lebenstage auf Grund von Beobachtungen in Norwegen.)

4a. — Die Ernährungsverhältnisse Neugeborener. Norsk Mag. for Laegevidenskaben. p. 774. Cfr. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. Heft 6. p. 674.

4b. — Von der Ursache zur „physiologischen" Gewichtsabnahme neugeborener Kinder. Med. Revue. Bergen. p. 86. Cfr. Jahrb. f. Kinderheilk. u. physische Erziehung. Bd. 80. Heft 1.

4c. — Ist Kolostrum ein unreifes Sekret einer insuffizienten Mamma? Med. Revue. p. 715. Cfr. Med. Klinik.

5. Dennett, R. H., The use of boiled Milk in Infant-feeding. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. 63. Nr. 23. p. 1991. (Unklare Schlussfolgerungen über den Wert der Milchabkochung.)
6. Brüning, H., Experimentelle Studien über die Entwickelung neugeborener Tiere bei längerdauernder Trennung von der säugenden Mutter und nachheriger verschiedenartiger künstlicher Ernährung. Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 80. p. 85.
7. Czerny und Keller, Des Kindes Ernährung, Ernährungsstörungen und Ernährungstherapie. Ein Handbuch für Ärzte. Franz Deutike, Verlag. Leipzig 1913.
8. M. Eysseric, De l'encouragement à l'allaitement au sein maternal. Thèse de Lyon. 1913. Nr. 44.
9. Jaschke, R. Th., Die Zahl der Mahlzeiten beim Neugeborenen. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 75. p. 736. (Jaschke hält fünf Mahlzeiten für meist ausreichend und arbeitsparend.)
10. Klunker, Über Milchpasteurisierung, insbesondere über biorisierte Milch. Münchn. med. Wochenschr. p. 1823. (Empfehlung des Biorisators nach Lobeck (Leipzig) zur Haltbarmachung der Milch (in dem Apparat wird die Milch unter Druck von vier Atmosphären aufs feinste verstäubt und bloss wenige Sekunden auf 75° erhitzt; dann gelangt sie nach sofortiger Abkühlung direkt zur Abfüllung.)
11. Küster, H., Eine Kapillardesinfektionsmethode zur Entkeimung von Milch, Wasser u. dgl. Berl. klin. Wochenschr. p. 1557. (Desinfektion von Milch durch Durchschicken durch eine Kapillarröhre, die auf bestimmte Temperatur erwärmt wird; kurze Einwirkungsdauer der Wärme, der kein Teilchen entgeht, so dass die biologischen Reaktionen der Milch (Enzymgehalt, Aufrahmungsvermögen, Gerinnbarkeit) weitgehend erhalten bleiben.)
12. Langstein, L., Unrichtige Nahrungsbemessung bei der künstlichen Ernährung des Säuglings. (Empfehlung der Nahrungsbemessung nach dem Litersystem [„Gramma-Flasche"] und nach Grammen.)
13. Lassablière, P., Etude expérimentale sur la valeur alimentaire et thérapeutique du lait condensé. Acad. de méd. de Paris. 20 Janv. Revue mens. de gyn., d'obst. et de péd. Nr. 6. p. 401. (Lassablière empfiehlt von neuem kondensierte Milch als

Säuglingsnahrung, und zwar 1 Kaffeelöffel voll auf 40 g gekochtes Wasser, für die drei ersten Lebensmonate 1 Kaffeelöffel voll auf 60 g Wasser. Er hat 48 Säuglinge zwei Jahre lang genau beobachtet und festgestellt, dass Nährschäden sehr leicht vermieden werden können.)

14. Marfan, A.B., et L. Lagane, La peroxydase du lait de femme. Compt. rend. hebdom. des séanc. de la soc. de biol. Tome 76. p. 564. (Möglichkeit der Unterscheidung normaler Milch von Kolostrum und schlechter Milch vermittelst der Guajakreaktion.)
15. Moro, Über den Einfluss der Molke auf das Darmepithel. Berl. klin. Wochenschr. p. 1564. (Ausführliche Mitteilung im Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 79. Heft 6 (Moro und seine Mitarbeiter). (Überlebender Kälberdarm nimmt aus Frauenmolke wesentlich weniger Milchzucker auf als aus Kuhmolke. Das heterologe Molkeneiweiss wurde als resorptionshemmendes Prinzip erkannt.)
16. Müller, E., und E. Schloss, Anleitung zur Herstellung der wichtigsten Nahrungsmischungen für den Säugling im Privathause. Med. Klinik. Jahrg. 10. p. 276—278.
17. Myers, A. W., A consideration of some practical breast-milk problems. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. 63. Nr. 14. p. 1179.
18. Neff, F. C., The Feeding of skimmed breast-milk. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. 63. Nr. 14. p. 1181. (Empfehlung abgerahmter Brustmilch bei verschiedenen intestinalen Störungen [dyspeptische Stühle, Pyloruskrampf, Ekzem etc.])
19. Ostrowsbi, St., Die Bedeutung der Larosanmilch als diätetisches Heilmittel bei Säuglingen. Arch. f. Kinderheilk. Bd. 62. p. 181—189.
20. Phelps, E. B., and A. F. Stevenson, The Chemical Composition of Rubber Used in Nursing-Nipples and in Some Rubber Toys, Hyg. Lab. Bull. 96. U. S. P. H. S. p. 55. Ref. in The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. 63. Nr. 22. p. 1954. (Chemische Untersuchungen über die eventuell schädlichen Substanzen in den verschiedenen zu Hütchen oder Saugern verwendeten Gummiarten.)
21. Pouliot, L., La poudre de lait dans l'alimentation des nourrissons. Journ. de méd. de Paris. Jahrg. 34. p. 149. (Empfehlung des Mignot-Plumeyschen, keimfreien Milchpulvers besonders bei gastro-intestinalen Störungen.)
22. Progulski, Die Konservierung weiblicher Milch und deren Anwendung. Gyn. Rundschau. p. 452. Nr. 77.
23. Rietschel, H., Bemerkungen zu der Arbeit Jaschkes: „Neue Beiträge zur Physiologie und Technik der natürlichen Ernährung des Neugeborenen." Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 75. p. 732. (Empfiehlt 6—7maliges Anlegen.)
24. Samelson, S., Über mangelnde Gewichtszunahme bei jungen Brustkindern. Zeitschr. f. Kinderheilk. Orig. Bd. 10. p. 19—35.
25. Southworth, Th. S., The Influence of Starch on Infant Digestion. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. 63. Nr. 16. p. 1375. (Einfluss der Stärke auf die kindliche Verdauung.)
26. Steng, H., Die Milch brünstiger Kühe als Kindermilch. Dissert. Tübingen.
27. Tugendreich, G., Vorträge über Ernährung und Pflege des Kindes im ersten und zweiten Lebensjahre. II. Aufl. Stuttgart.
28. Wegener, W., Zur Frage der Ernährung kranker Säuglinge mit Larosanmilch. Münchn. med. Wochenschr. Jahrg. 61. p. 359—363.

3. Säuglingsfürsorge (und Mutterschutz).

1. Bloch, A., Kritische Betrachtungen zu dem Geburtenrückgang in Deutschland und den zu seiner Bekämpfung vorgeschlagenen Mitteln. Dissert. Strassburg 1913.
2. Bonnaire, E., La loi Paul Strauss sur le repos des femmes en couches. Le rôle des dames visiteuses dans la lutte contre la mortalité infantile. Revue philanthrop. Tome 35. p. 129—146. (Bonnaire betont an der Hand der Sterbelisten von Paris die Vorzüge des Stillens [5% kindliche Mortalität] gegenüber Ziehkindersystem [30% Mortalität].)
3. Brouha, La protection des mères. La consultation des femmes enceintes. L'asile de la mère. Scalpel et Liège méd. Jahrg. 67. p. 744—746. (Besprechung der in Lüttich bestehenden Einrichtungen.)
4. Cannet, M. G., La protection des enfants du premièr âge en France. Thèse de Paris. 1913. Nr. 273. (Mitteilung der seit dem Rousselschen Gesetz erzielten Fortschritte.)

5. Casartelli-Cabrini, L., Die Durchführung der staatlichen Mutterschaftsversicherung in Italien. Volkstüml. Zeitschr. f. Arbeitervers. Jahrg. 20. Nr. 7. p. 80—82. (Schilderung der Durchführung des italienischen Mutterschaftskassengesetzes vom 6. April 1912.)
6. Chambrelent, M., Le rôle de l'accoucheur dans la lutte contre la mortalité infantile. Journ. de méd. de Bordeaux. 1913. Nr. 17.
7. Chapin, H. D., The Physicians field in infant feeding. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. 63. Nr. 14. p. 1177.
8. Davila, M., Etude sur les crèches municipales de Lyon. Thèse de Lyon. 1913. Nr. 55.
9. Deutsch, A., Zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit. Deutsche med. Wochenschr. p. 1661. (Empfehlung eines anscheinend sehr brauchbaren Ersatzapparates für den Soxhlet. Kessel für bloss sechs Flaschen, gleichzeitig geeignet zum Sterilisieren wie zum Kühlen der Milch. Der Apparat wird von B. B. Cassel in Frankfurt hergestellt und zum Preise von 12,50 Mk. in den Handel gebracht.)
10. Drouisseau, G., Le patronage maternel et la loi sur l'assistance aux femmes en couches. Revue philanthrop. Tome 34. Nr. 204. p. 649—662. (Besprechung der „loi Paul Strauss", die bezweckt, jede hilfsbedürftige Frau vier Wochen vor und nach der Entbindung zu unterstützen.)
11. Eckert, Über Säuglingsfürsorge in Unteroffiziersfamilien. Veröffentl. a. d. Geb. d. Militär-Sanitätswesens. Berlin, A. Hirschwald. 1 Mk.
12. Feldmann, H., Zur Frage der Entwickelung unehelicher Kinder im ersten Lebensjahr unter Berücksichtigung der Säuglingsfürsorgesystems in Kiel. Dissert. Kiel.
13. Fischer, A., Die hygienische Bedeutung der Mutterschaftsversicherung. Bemerkungen zu dem Vortrage des Herrn Prof. Max v. Gruber. Münchn. med. Wochenschr. Jahrg. 61, Nr. 23. p. 1288—1289. (Wendet sich gegen Grubers Anschauungen über Mutterschaftsversicherung [Münchn. med. Wochenschr. Nr. 18. p. 1025], die Gruber wieder verteidigt [Nr. 23, p. 1289].)
14. — Mutterschutzbestrebungen um das Jahr 1800. Neue Generation. Jahrg. 10. p. 179 bis 190. (Historische Studie.)
15. Hess, A. F., The Neglect to provide for the infant in the antituberculosis program. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. 63. Nr. 25. p. 2176. (Empfehlung der Errichtung von „Tuberculosis-preventoriums" für Kinder.)
16. Koplik, H., The History of the first Milk Depot or Gouttes de lait with consultations in America. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. 63. Nr. 18. p. 1574.
17. Levant, A., La loi sur le repos des femmes en couches. Arch. mens. d'obst. et de gyn. Tome 3. p. 384. (Mitteilung des Gesetzes in Frankreich über die Ruhe der Wöchnerinnen sowie der darauf bezüglichen Erklärungen der „Académie de médecine".)
18. Patellani, Der Geburtenrückgang in Italien. Ginec. moderna. Jahrg. 7. Heft 1—4. (Ausführliche Arbeit mit vielen vergleichenden Tabellen, aus denen hervorgeht, dass der Geburtenrückgang in Italien noch nicht so zugenommen hat wie in Frankreich und Deutschland. In Italien müsse zunächst die enorm hohe Kindersterblichkeit bekämpft werden.)
19. Pulvermacher, Das Wöchnerinnenheim der Heilsarmee (1898—1913). Berlin.
20. Die Reichsanstalt für Mutter- und Säuglingsfürsorge in Wien. Zeitschr. f. Kinderschutz u. Jugendfürsorge. Jahrg. 6. Nr. 5. p. 128—130. (Beschreibung von Zweck und Einrichtung der gelegentlich des Regierungsjubiläums des Kaisers gestifteten Reichsanstalt. 80 Betten für Säuglinge, 20 für ältere Kleinkinder, 30 Betten für Ammen oder Mütter, die mit ihren kranken Kindern in die Anstalt kommen. Ausbildung tüchtiger Berufspflegerinnen durch neunmonatliche Kurse.)
21. Retrouvey, M., La lutte contre la mortalité infantile à Nantes. Thèse de Lyon. 1913. Nr. 80.
22. Rott, Umfang, Bedeutung und Ergebnisse der Unterstützung an stillende Mütter. Veröff. a. d. Geb. d. Medizinalverw. Bd. 3. p. 651—747. (Die Stillbeihilfe ist ein wichtiger Teil der Fürsorge. Träger der Organisation muss die Gemeinde sein, auf dem Lande der Staat. Der Staat soll die Krankenkassen veranlassen, obligatorisch die stillenden Mütter zu unterstützen.)
23. Thierry-Detaille, De la mortalité infantile dans les 4 prémières semaines. Thèse de Paris 1913.
24. Weinberg, W., Die Kinder der Tuberkulösen. S. Hirzel, Leipzig 1913. 160 p. 5 Mk. (Mitteilung des einschlägigen Stuttgarter Materials von 1873 bis 1902 [3246 Väter und 2022 Mütter].)

25. Weiss, S., Mitteilung der Sanitäts-Milchkommission in Wien. Wiener med. Wochenschr. Nr. 52. p. 2599. (Mitteilungen über die geplante systematische Untersuchung seitens der Sanitäts-Milchkommission mittelst „Milchanzeigekarte" über alle Fälle von eventuellen nachteiligen Wirkungen schlechter Kindermilch.)

4. Nabelversorgung.

1. Ahlfeld, F., Die Trennung des Neugeborenen von der Plazenta. Der Frauenarzt. Heft 7. p. 293. (Bekämpfung des Vorschlages Rachmanows, den Nabelstrang nach Aufhören der Pulsation mit der Schere zu durchtrennen, aber nicht zu unterbinden. Ahlfeld tritt für die von ihm empfohlene, bewährte Methode der Abnabelung ein.)
1a. Bovin, E., Nabelschnurberstung intra partum. Verhandl. d. obst.-gyn. Sekt. d. Ges. schwed. Ärzte. Hygiea. (Silas Lindqvist.)
2. Guseff, Über die Anwendung der Nabelklemme Bars. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 588.
3. Holste, C., Ein wasserdichter Nabeldauerverband für Neugeborene. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 33. p. 1156—1159. (Zur Erzielung einer möglichst grossen Sicherheit gegen Infektion des Nabels, ohne dabei auf das tägliche Bad zu verzichten, empfiehlt Holste einen Deckverband mit dem bei der Kleiderkonfektion für wasserdichte Wäsche neuerdings beliebten Gummistoff, der kein Wasser eindringen lässt, aber doch die Ausdunstung des Körpers nicht behindert. Ein quadratisches Stück von 6 cm Seitenlänge wird mit Leukoplast aufgeklebt, am sechsten Tage der Verband entfernt. Er beobachtete bei Benutzung des Dauerverbandes eine wesentlich schnellere Abstossung des Nabelschnurrestes als sonst.)
3a. Josephson, C. D., Über Nabelinfektion und Behandlung der Nabel bei Neugeborenen. Verhandl. d. obst.-gyn. Sekt. d. Ges. schwed. Ärzte. Hygiea. (Silas Lindqvist.)
4. Paulmann, O., Beitrag zur Frage der Abnabelung und der Versorgung des Nabelschnurrestes (nach dem Material der Kieler Frauenklinik aus den Jahren 1907—1910). Dissert. Kiel. (In der Kieler Frauenklinik wurde die Nabelschnur ganz kurz abgebunden, der Rest trocken behandelt unter Fortlassung des Bades. Unter 1429 Fällen kamen 12 Infektionen vor, von denen zwei zum Tode führten. Keine Nachblutung.)
5. Pirquet, Cl. v., Ein neuer Nabelverband für Neugeborene. Wiener klin. Wochenschr. 1915. p. 37. (v. Pirquet empfiehlt als Nabelverband einen 16 cm langen und 12 bis 16 cm weiten Trikotschlauch, der aus dem Crepe-Tetrastoffe gefertigt ist.)
6. Rachmanow, A. N., Methode der Nichtunterbindung der Nabelschnur. Ausgeführt bei 10000 Geburten in der städtischen Gebäranstalt in memoriam von Frau Abrikosowa in Moskau. Zentralbl. f. Gyn. Jahrg. 38. p. 590—492. (Nach Aufhören der Nabelschnurpulsation wird der Strang ca. 4 cm vom Nabelring entfernt durchschnitten und nur ausnahmsweise bei stärkerer Blutung unterbunden [in 17% der Fälle, die als pathologisch angesehen wurden]. Kein Tod an Verblutung, angeblich bessere Vernarbung des Nabels.)

5. Allgemeine Pathologie.

1. Baband, G., La méningite cérébro-spinale épidémique du nourrisson. Thèse de Paris 1912.
2. *Biddle, A. P., A consideration of two outbreaks of so-called pemphigus neonatorum. Journ. of cut. dis. Vol. 32. Nr. 4. p. 268—275.
3. Birk, W., Leitfaden der Säuglingskrankheiten für Studierende und Ärzte. Bonn, Marcus u. Weber. 256 p. 4,80 Mk. (Praktisches Handbuch nach der Czernyschen Schule.)
4. Bonnaire, E., G. Durante et G. Ecalle, Ulcère perforant du duodénum chez un nouveau-né. Gynéc. Tome 18. Nr. 3. p. 161—196. (Perforiertes Duodenalgeschwür bei einem siebentägigen Kinde. Ausführliche Erörterung der Ätiologie, exakte Literaturangaben.)
5. *Braillon et Brohau, Accidents respiratoires graves par hypertrophie du thymus chez un nourrisson de onze jours; radiothérapie; guérison. Journ. de méd. interne. Jahrg. 18. p. 73—74.
6. *Broca, Mammites des nouveau-nés. Rev. prat. d'obst. et de péd. Jahrg. 27. Nr. 296. p. 1—4.

7. Bühner, E., Über Hydramnion in Verbindung mit Hydropsfötus. Dissert. München.
8. Chtiftar, N. F., Sur l'insuffisance du pancréas chez les enfants prématurés. Revue mens. de gyn., d'obst. et de péd. Nr. 5. p. 355. (Unverhältnismässig langsame Entwickelung des Pankreas bei den Frühgeburten; darauf will Chtiftar manche Verdauungsstörungen der zu früh Geborenen zurückführen.)
9. *Cole, H., N. and H. O. Ruh, Panphizoid of the Newborn (Pemphigus neonatorum). With report of an epidemic. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. 63. Nr. 14. p. 1159.
10. Croizier, M., Contribution à l'étude de l'oedème généralisé du foetus. Thèse de Lyon. 1913. Nr. 114. (Erörterung der noch sehr aufklärungsbedürftigen Pathogenese des fötalen Ödems auf Grund von 82 Beobachtungen.)
11. Dunoyer, A., De certaines contractures tétaniformes chez l'enfant nouveau-né. Thèse de Paris 1912.
12. Eckhard, H., Über den Tod und Scheintod der Neugeborenen. Dissert. München.
13. Fischer, A., Operierter Fall eines Nabelschnurbruches bei einem eintägigen Kinde. Pest. med.-chir. Presse. Jahrg. 50. p. 85. (Mit Erfolg operierter Fall.)
14. Haeberle, A., Über angeborene Pulmonalatresie und Aortenstenose. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 75. 0p. 24—131. (Beschreibung eines 48 Stunden post partum gestorbenen Falles von Atresie des Ostium pulmonalis mit rudimentärer Entwickelung des rechten Ventrikels bei gleichzeitig bestehender Trikusspidalstenose und geschlossenem Kammerseptum; ferner eines 1½ Stunden post partum gestorbenen Kindes mit hochgradiger Stenose des Ostium aortae mit Insuffizienz der Valvula mitralis und geschlossenem Foramen ovale [Folgen fötaler Endokarditis].)
15. *Heim, P., Über hypertonische Neugeborene und Säuglinge. Berl. klin. Wochenschr. Jahrg. 51. Nr. 25. p. 1167—1169.
16. Hellseid, W. L., Über universellen Hydrops bei Neugeborenen. Inaug.-Diss. München 1913.
17. Hilgenreiner, H., Über angeborene Afterenge. Ein Fall von Atresia ani analis. Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 79. p. 11—23. (Seltener Fall von Anus fistulosus congenitus ad anum.)
18. Hill, R., Congenital pyloric stenosis. Surg., gyn. and obst. Vol. 18. Nr. 5. p. 616—620. (Von 10 operierten Fällen von angeborener Pylorusstenose wurden fünf geheilt, fünf starben.)
19. Hoffmann, Klaus, Beitrag zur Kenntnis der seltenen Missbildungen: Agnathus mit Synothie. Beitr. z. Geb. u. Gyn. Bd. 19. p. 275—279.
20. *Jansen, M., Das Wesen und das Werden der Achondroplasie. Eine Abhandlung über Wachstumsstörung embryonaler Zellgruppen, verursacht durch Amniondruck in den verschiedenen Stadien der Skelettentwickelung (Anencephalie, Achondroplasie, Kakomelie]. Aus dem Engl. übers. von G. Hohmann und E. Windstosser. Stuttgart, Enke. 1913. 114 p. Mk. 5,—.
21. Klotz, R., Ein Fall von Acardius anencephalus mit partiellem Defekt beider Müllerschen Fäden. Arch. f. Gyn. Bd. 101. p. 537—542. (Fall von fast totalem Defekt beider Müllerscher Gänge.)
22. Kraitmair, Kind mit amniotischen Fingerabschnürungen. Münchn. med. Wochenschr. p. 849.
23. Kreiss, Ph., Anus urethralis. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 340—342. (Verschluss der Analöffnung, Kommunikation des Mastdarms mit der Harnröhre. Operation. Exitus kurz nachher.)
24. Lereboullet, P., et J. Moricand, Varicelle du nouveau-né par contagion maternelle. Revue mens. de gyn., d'obst. et de péd. Paris. Mai. Clin. inft. Tome 12. p. 169—172. (Pockeneruption eines Neugeborenen am 14. Lebenstage, während die Mutter am Vorabend der Niederkunft an Pocken erkrankt war.)
25. Linder, F., Über Hydrops foetus. Diss. München 1913. (Mutter litt an Schwangerschaftsnephritis, Vater war bleikrank.)
26. *Lutz, W., Zur Lehre der allgemeinen Wassersucht des Neugeborenen. Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte. Nr. 11.
27. Ménétrier, Méningite cérébro-spinale du nourrisson guéri par le sérum antiparaméningococcique. Soc. méd. des hôp. 17 Janv. Revue mens. de gyn., d'obst. et de péd. Nr. 6. p. 407. (Während fünf Injektionen von Antimeningokokkenserum versagten, ergab eine einzige Einspritzung von Anti-parameningokokkenserum sofortige

Besserung. Netter rät daher bei Meningitis prinzipiell zur sofortigen Anwendung beider Heilsera.)
28. *Peiser, J., Zur Therapie des Pylorospasmus bei Säuglingen. Monatsschr. f. Kinderheilk. Bd. 13. Nr. 3.
29. *Pironneau, L'achondroplasie du nourrisson. Clin. infant. Jahrg. 12. p. 66—68.
30. *Reinhardt, E., Über Pemphigus neonatorum contagiosus. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 76. p. 14—27.
31. *Reuss, A. v., Die Krankheiten des Neugeborenen, in Enzyklopädie der klinischen Medizin. Berlin, J. Springer. 550 p.
32. Ribadeau-Dumas, L., La tuberculose du nourrisson: étude clinique, radiologique, prophylactique. La Clin. p. 2—5.
33. — et Boncompain, Etude clinique et thérapeutique de la sténose du pylore avec hypertrophie musculaire chez le nourrisson. Pathol. infant. Jahrg. 11. p. 23—38. (Klinische Übersicht.)
34. Richter, G., Über kongenitale Hydronephrosen. Dissert. Berlin 1913.
35. Schäfer und Haendly, Teratom der Nabelschnur. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 76. p. 295—297. (Demonstration eines fast kindskopfgrossen Teratoms der Nabelschnur, ca. 5 cm vom kindlichen Nabel sitzend.)
36. Schwalbe, E., Die Morphologie der Missbildungen des Menschen und der Tiere. Ein Hand- und Lehrbuch für Morphologen, Physiologen, praktische Ärzte und Studierende. Jena 1913.
37. Schwartz, H., Über seltene Todesursachen beim Neugeborenen. Dissert. Göttingen 1913.
38. Steinschneider, E., Masern bei einem neun Tage alten Säugling. Deutsche med. Wochenschr. Jahrg. 40. p. 441.
39. Walz, Strangfurche des Neugeborenen infolge Krampf des Gebärmutterhalses. Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Med. u. öff. Sanitätsw. Bd. 47. p. 251—256.
40. Wolff, S., Zur Behandlung des Sklerems der Neugeborenen. Ref. in Münchn. med. Wochenschr. Nr. 38. p. 1980. (Empfiehlt Überhitzung der Kinder auf 40—42°. Heilung in drei Fällen.)

Eine wahre Lücke im Bücherschatz des Geburtshelfers füllt das in der Enzyklopädie der klinischen Medizin erschienene „Lehrbuch der Krankheiten des Neugeborenen“ aus. Es ist dadurch besonders wertvoll, dass sein Verfasser, v. Reuss (31), als Leiter der Neugeborenenstation an der Schautaschen Klinik und gleichzeitiger Assistent an der dortigen Universitäts-Kinderklinik gerade über die sonst von den Pädiatern seltener gesehenen Störungen in den ersten Lebenstagen eine ausgiebige Erfahrung besitzt. Berücksichtigung der Literatur bis Ende 1912. Die Physiologie, natürliche und künstliche Ernährung, Geburtsverletzungen, Konstitutionskrankheiten, Erkrankungen der einzelnen Organe, hämorrhagische, infektiöse und septische Erkrankungen, die chronischen Infektionskrankheiten (Syphilis und Tuberkulose) und schliesslich die Allgemeinerkrankungen unklarer Ätiologie werden in klarer, erschöpfender Weise besprochen und durch 90 Textabbildungen illustriert.

Eine anschauliche Abhandlung über hypertonische Neugeborene und Säuglinge liefert P. Heim (15). Hypertonie ist eine Erscheinung von Neuropathie, die sehr leicht nach Ernährungsstörungen auftritt. Rückwärtsgespannter Kopf, starke Flexion der Extremitäten, unruhiger oberflächlicher Schlaf, Längenwachstum ohne Gewichtszunahme, häufig Pylorospasmus. Als beste Therapie gegen Pylorusspasmus empfiehlt J. Peiser (28) systematische Sondenernährung mit Ammenmilch und 1—2% Natr. bicarbonicum-Zusatz nach vorheriger Magenspülung. In zwei so behandelten Fällen hartnäckiger Art konnte er guten Erfolg nachweisen.

Dass trotz der modernen Antisepsis immer noch Epidemien von Pemphigus neonatorum in Anstalten vorkommen, beweisen die drei folgenden Mitteilungen. E. Reinhardt (30) berichtet über 23 Fälle von Pemphigus neonatorum contagiosus mit 22% Mortalität. Therapie: Reichlich Dermatol, Einwickeln der befallenen Körperteile in Bardelebensche Wismutbrandbinden.

Biddle (2) erstattet Bericht über zwei Pemphigusepidemien, deren erste 30% Mortalität aufwies, während bei der zweiten alle Kinder nach 3—4 Wochen wieder hergestellt waren, allerdings zum Teil unter Zurückbleiben starker Narben. Endlich machen Cole und Ruh (9) Mitteilung einer Epidemie von neun Fällen von Staphylokokken-Pemphigus. Bei einem einzigen tödlich verlaufenen Fall fanden sich die Staphylokokken auch in den inneren Organen. Cole hält den Pemphigus für identisch mit der Dermatitis exfoliativa (Ritter), hingegen will er scharf davon getrennt sehen die Impetigo contagiosa (streptogenes). Warme Empfehlung von Injektionen mit autogener Vakzine.

Über eine neue Indikation zur Anwendung der Röntgentiefentherapie machen Braillon und Brohau (5) eine interessante Angabe. Bei einem 11 Tage alten Säugling, bei dem infolge Thymusvergrösserung lebensbedrohliche Atemstörungen bestanden, konnte durch Röntgenbestrahlung volle Heilung erzielt werden.

Eine zusammenfassende Studie über die Mastitis der Neugeborenen veröffentlicht Broca (6). Die Brustdrüsenentzündung kann bei Neugeborenen beiderlei Geschlechts auftreten, fast immer als Folge von Unsauberkeit. Selten Inzision nötig. Phlegmone kann letal endigen.

Einen wertvollen Beitrag zur Lehre der allgemeinen Wassersucht des Neugeborenen liefert W. Lutz (26) durch Mitteilung der genauen Autopsie eines Falles von Hydrops congenitus. Die Mutter hatte Eiweiss und Ödeme. Wassermann bei Mutter und Kind negativ. Verf. fasst den Fall auf als fötale Bluterkrankung mit allgemeinem Hydrops. Blutbild ähnlich dem der myeloischen Leukämie. In den fötalen Organen starke Anhäufung von Zellen des erythroblastischen und myeloiden Systems. Ähnliches Krankheitsbild wie bei der myeloiden Leukämie. Der auffällige Befund des reichlichen Vorhandenseins kernhaltiger roter Blutkörperchen dürfte als Ausdruck einer schweren Anämie aufzufassen sein.

Die Theorie M. Jansons (20) über Wesen und Werden der Achondroplasie ist bei F. Enke in deutscher Übersetzung erschienen. Sie gipfelt in der Vorstellung, dass das übermässig gespannte Amnion imstande ist, weiche Teile des Embryos zusammenzudrücken, blutarm zu machen und so in ihrem Wachstum zu stören, während die übrigen Teile ihr Wachstum fortsetzen. Eine klinische Darstellung der Achondroplasie gibt Pironneau (29). Sie ist gekennzeichnet durch auffällige Kürze der Glieder; Körpergewicht zu hoch im Vergleich zur Länge. Vergrösserte Fontanellen, harte Diaphysen. Kongenitales Myxödem fehlt fast immer. Versagen der Schilddrüsenpräparate.

6. Diagnose und Behandlung der kindlichen Geburtsverletzungen.

1. Gfroerer, W., Zum Einfluss der Schädelimpression auf den Neugeborenen und seine körperliche und geistige Entwickelung. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 75. p. 101—117. (Mitteilung von 24 Fällen mit Schädelimpression, von denen sieben starben, 17 lebend aus der Klinik entlassen wurden. Von diesen starben fünf an interkurrenten, nicht mit der Impression in Beziehung stehenden Krankheiten, bei den übrigen konnte ein ungünstiger Einfluss der bestehenden Impression weder auf die physische noch auf die psychische Entwickelung der Kinder festgestellt werden. Diese Resultate rechtfertigen den an der Würzburger Klinik vertretenen konservativen Standpunkt.)
2. Hintzy, M. E., Contribution à l'étude des lésions traumatiques de l'orbite chez le nouveau-né au cours de l'accouchement. Thèse de Paris. 1913. Nr. 222. (Bei der hohen oder atypischen Zangenanlegung entstehen zwei Arten von Augenverletzungen, entweder Exophthalmus ohne Fraktur der Orbita oder Fraktur der Orbita ohne Exophthalmus.)
3. Kowitz, H. L., Intrakranielle Blutungen und Pachymeningitis haemorrhagica chronica interna bei Neugeborenen und Säuglingen. Virchows Arch. Bd. 215. p. 233—246. (Durch fast 6000 Sektionen an Kindern unter zwei Jahren wurden bei 16,9% intra-

kranielle Blutungen oder deren Folgen nachgewiesen: am häufigsten sind die Durablutungen.)

4. Luftmann, A., Ein Fall von Erbscher Schulter-Armlähmung beim Neugeborenen. Dissert. München 1913.
5. Manton, W. P., Asphyxia neonatorum und ihre Folgen. Med. Record. Bd. 85. Nr. 19. (Hinweis auf die Bedeutung des bei asphyktisch geborenen Kindern so häufigen Obduktionsbefundes von punktförmigen Hämorrhagien im Hirn, in den Meningen und im Rückenmark als Folge übermässigen Hirndrucks. Die angeratenen prophylaktischen geburtshilflichen Massnahmen zur Vermeidung derartiger Hämorrhagien [u. a. prophylaktische Sectio caesarea] werden nicht kritiklos hingenommen werden.)

7. Syphilis des Neugeborenen.

1. Backhaus, Demonstration eines Falles von Parrotscher Pseudoparalyse (Scheinlähmung infolge kongenitaler Lues). Zentralbl. f. Gyn. p. 1190. (Bedeutende Besserung durch spezifische Behandlung.)
2. Grulce, C. G., Labarotory Diagnosis in Early Stages of Congenital Syphilis. Ref. in The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. 63. Nr. 22. p. 1979.
3. Lesser, F., und R. Klages, Über ein eigenartiges Verhalten syphilitischer Neugeborener gegenüber der Wassermannschen Reaktion. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 26. (In der Hälfte der Fälle reagiert das Nabelvenenblut luetischer Föten mit Äther-Organextrakt positiv, mit alkoholischen Extrakten hingegen negativ. Derartige Befunde sind stets als positiv anzusehen. Prinzipiell sollte jedes Serum mit alkoholischen und ätherischen Extrakten geprüft werden.)
4. Meyer, E., Klinische und experimentelle Untersuchungen über die Wirkung des Salvarsans auf die kongenitale Syphilis des Fötus bei Behandlung der Mutter. Münchn. med. Wochenschr. p. 1801—1804. (Eine nicht erkrankte Plazenta ist nach Meyers Versuchen für Arsen nicht durchgängig, wohl aber kann bei syphilitischer Erkrankung der Plazenta Arsen durch die Plazenta hindurchgehen. Die Erfolge der Behandlung der kongenitalen Lues des Kindes durch Salvarsan müssen wohl in der Hauptsache der primären Beeinflussung der mütterlichen Lues zugeschrieben werden. Die Wirkung ist wohl eine prophylaktische resp. hemmende in bezug auf die Erkrankung der Plazenta. Das Salvarsan wird von den Schwangeren gut vertragen. Abort und Blutungen treten nach intravenöser Salvarsaninjektion nicht auf, ein Absterben des Fötus danach ist nicht beobachtet worden. Von 37 mit Salvarsan und Hg genügend behandelten Müttern wurden 97,4% lebende Kinder geboren. Von sämtlichen 43 behandelten Schwangeren waren 86% der Kinder noch nach dem 10. Lebenstage am Leben, bloss 15,8% der Kinder wiesen bei der Geburt positive Wassermannsche Reaktion auf. Kinder syphilitischer Mütter müssen immer nach der Geburt antiluetisch behandelt werden.)
5. Monti, R., Die Behandlung der Lues congenita mit Embarin. Wiener med. Wochenschrift. Nr. 47. p. 2403. („Embarin" ist eine $6^2/_3$%ige Lösung von merkurisalizylsulfonsaurem Natrium, die noch 0,5% Akoin enthält. 1 ccm Embarin enthält 0,03 metallisches Hg. Monti empfiehlt Säuglingen jeden 2.—3. Tag vorsichtig 3—4 Teilstrich einer 1 g-Spritze zu geben; er hält das Embarin für die zweckmässigste Art der Quecksilbermedikation.)
6. Müller, C. A., Über die Blutbildungszellen in der Leber bei Syphilis congenita mit besonderer Berücksichtigung der Lymphozyten und Plasmazellen. Deutsches Arch. f. klin. Med. Bd. 116. Heft 5 u. 6. (Eingehende pathologisch-anatomische Untersuchungen.)
7. Roux, E., La réaction de Wassermann chez le nouveau-né et le nourrisson. Thèse de Montpellier. 1913. Nr. 59. (Empfehlung der Anstellung der Probe nicht vor dem 10. Tage, da die Reaktion erst nach einer gewissen Zeit post partum positiv wird; einen prognostischen Wert spricht er ihr ab.)

8. Icterus neonatorum.

1. Durham, R., Obliterating cholangitis associated with haemorrhage of the new-born. Long Island Med. Journ. Vol. 8. p. 92. (Schwerer Ikterus vom zweiten Tage ab, Blutungen aus Nase und Rachen. Exitus am Abend des vierten Tages. Leber nicht vergrössert, aber Gallengänge ausserordentlich dünn, anscheinend nicht funktionsfähig.)

2. *Heynemann, Th., Die Entstehung des Icterus neonatorum. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 76. p. 788—828.
3. *Pfältzer, B., Der Kernikterus der Neugeborenen eine Infektionskrankheit. Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. 76. p. 685—701.
4. *Schmitz, W., Untersuchungen zur Pathogenese und Klinik des Icterus neonatorum. Dissert. Giessen 1913.
5. Sheill, Sp., Congenital icterus. Lancet. Vol. 186. Nr. 19. p. 1316—1317. (Besprechung des „familiären Ikterus", der mit Blutungen aus Darm, Nase und Nabel einhergeht und meist unter Krämpfen tödlich verläuft. Zur Klärung der Pathologie hält Sheill exakte Blutuntersuchungen von Mutter und Kind für aussichtsreich.)

Eine Nachprüfung der Blutuntersuchungen Heimanns (1911) hat Schmitz (4) an der Opitzschen Klinik vorgenommen. Er kommt zum Resultat, dass der Icterus neonatorum in erster Linie auf einer Veränderung des Blutplasmas beruht, welche durch die Hämolyse der Erythrozyten bedingt ist. Der Icterus kommt in etwa $80^0/_0$ vor, ist also kaum als pathologisch anzusprechen. Neue Ideen sind in der Dissertation nicht zu finden. Hingegen hat Heynemann (2) die Frage des Icterus neonatorum in äusserst gründlicher Weise behandelt und ihrer Lösung nähergeführt.

Heynemann ist geneigt für die Entstehung des Icterus neonatorum in erster Linie eine abweichende und unvollkommene Funktion der Leberzellen beim Neugeborenen verantwortlich zu machen. Diese noch unvollkommene Leberzellenfunktion ist mehr oder weniger bei fast allen Neugeborenen vorhanden, aber je nach dem Grade der Funktionsabweichung sind Zeit des Auftretens, Stärke und Dauer des Ikterus verschieden. Begünstigt wird die Entstehung des Ikterus durch die Blutfülle der Leber und das um diese Zeit stattfindende reichliche Zugrundegehen von roten Blutkörperchen. Die Ursache des Zerfalls der Erythrozyten ist nach Beneke in einer gesteigerten Tätigkeit der Kupferschen Sternzellen zu suchen.

Hohes Interesse verdient die Publikation Pfältzers (3) über den „Kernikterus" des Neugeborenen: Ausführliche Mitteilung eines Falles von Kernikterus mit wachsiger Muskeldegeneration, bei dem die von Beneke vermutete Infektion mit Kolibazillen mikroskopisch und kulturell erwiesen werden konnte. Als Eingangspforte fand sich eine ausgedehnte Ösophagitis, es werden aber wohl auch die so häufigen „Stigmata ventriculi" in Betracht zu ziehen sein.

Sollte man nicht berechtigt sein, in diesem Falle von schwerstem Ikterus als Folge von Kolisepsis eine neue Stütze zu erblicken für die Anschauung Czernys, dass auch der gewöhnliche Icterus neonatorum auf einen leichten Infekt durch den Kolibazillus zurückzuführen ist?

9. Melaena neonatorum.

1. Bergen, O., Behandlung der Melaena neonatorum vera mittelst Gelatine. Dissert. Marburg.
2. Collander, P. J., The successful treatment of a case of hemophilia neonatorum. Ther. Gaz. Vol. 38. Nr. 5. p. 306—307. (Erfolgreiche Behandlung von Melaena mit zuerst 15 ccm väterlichem Blutserum, später dreimal 6—8 ccm Koagulose [Parke, Davis u. Co.] alle 12 Stunden.)
3. Kaufmann, Melaena neonatorum. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 357. (Kind, am vierten Lebenstage erkrankt, wird durch Gelatineinjektionen geheilt.)
4. Lövegren, E., Weitere Blutbefunde bei Melaena neonatorum. Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 79. p. 708—715. (Verlängerung der Koagulationszeit, fehlende Neigung der Rollenbildung sowie gewisse morphologische Veränderungen der Erythrozyten.)
5. Lusseau, M. G., Contribution à l'étude générale du melaena vera des nouveau-nés et notamment de sa pathogénie et de son traitement. Thèse de Paris 1913. Nr. 355. (In 10 Fällen 9 Heilungen erzielt durch Pferdeseruminjektionen.)

10. Ophthalmoblennorrhoe.

1. *Cassonte et Roche, Heilung von Ophthalmoblennorrhoe des Neugeborenen mit dem Nicolle-Blaizotschen Vakzin. Ann. de méd. et de chir. infant. Nr. 11. Ref. in Therap. d. Gegenw. Heft 8. p. 378.
2. *Credé-Hörder, Warum konnte die Blennorrhoe nicht abnehmen? Zentralbl. f. Gyn. p. 116—118.
3. Harman, N. B., Causes of blindness in eleven hundred children. Brit. Med. Journ. London. August 29. II. Nr. 2800.
4. *Klebanski, Recherches sur la durée de l'ophthalmie gonococcique du nouveau-né et sur le traitement par les sels d'argent et la vaccinothérapie. Rev. prat. d'obst. et de péd. Tome 27. Nr. 299. p. 97—116.
5. Lublinski, W., Silbernitrat oder Silbereiweiss? Eine therapeutische Frage. Berl. klin. Wochenschr. p. 1643. (Lublinski verwirft die modernen Silbereiweisspräparate als „minderwertige Surrogate".)

5a. Mohr, Derselbe Titel. Berl. klin. Wochenschr. p. 1926. (Entgegnung mit beachtenswerten Einwänden, die gerade auch für die Blennorrhoebehandlung der Berücksichtigung wert erscheinen.)

6. *Morax, V., A propos du traitement de l'ophthalmie gonococcique du nouveau-né. Ann. de gyn. et d'obst. Mars. p. 129—139.
7. Philippi, F., Blennorrhoea neonatorum. Diss. Strassburg 1913. (Mitteilung der Resultate an der Strassburger Frauenklinik in den 11 letzten Jahren. Unter 9141 Kindern 0,07% Frühinfektionen, 0,14% Spätinfektionen, 0,22% Infektionen überhaupt.)
8. *Puscariu, E., Le traitement de la conjonctivite gonococcique par l'éthylhydrocupréine. Compt. rend. des séanc. de la soc. de biol. Tome 76. Nr. 17. p. 831—832.
9. *Stargardt, Ätiologie der Blennorrhoea neonatorum. Ärztl. Verein Hamburg. 12. Mai. Ref. in Deutsche med. Wochenschr. p. 1830.
10. Stevenson, M. D., Prophylaxis of Ophthalmia neonatorum. Ohio State Med. Journ. Columbus. August. Nr. 8. p. 455—518.
11. *Sussmann, Über die Einschlussblennorrhoe der Neugeborenen. Zentralbl. f. Gyn. p. 778. Vortr. Ges. f. Geb. u. Gyn. 24. Okt. 1913.
12. Tassius, Ophthalmoblennorrhoea neonatorum, ihre Therapie und Prophylaxe. Vortr. d. Gyn. Ges. Breslau. 17. Febr. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 693 u. 834. (Diskussion.) (Unter 13735 Geburten fand Tassius in 1,22% Blennorrhoe und zwar 0,42% mit positivem, 0,80% mit negativem Gonokokkenbefund, und zwar überragen bei beiden Arten die Spätinfektionen. Fordert obligatorische Einführung des Credéisierens, obwohl er dabei 95% Argentumkatarrhe sah.)
13. — A., Über Ophthalmoblennorrhoea neonatorum, ihre Prophylaxe und Therapie. Der Frauenarzt. Bd. 29. Heft 3. p. 98. (Mitteilung der Beobachtung von über 13000 Kindern an der Baummschen Hebammen-Lehranstalt; Vergleich des Wertes der Prophylaxe sowie der verschiedenen Prophylaktika.)
14. Tivnen, R. J., Blindness, caused by ophthalmia neonatorum. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. 63. Nr. 20. p. 1756.
15. *Weekers, L., Le prophylaxie de la conjunctivite gonococcique des nouveau-nés. Journ. d'accouchem. Tome 35. Nr. 19. p. 167—169.
16. *Wolffberg, Noviformbehandlung der Blennorrhoea neonatorum. Wochenschr. f. Therap. u. Hyg. des Auges. Jahrg. 17. p. 163.

In weiterer Verfolgung seiner Bemühungen um die Prophylaxe der Ophthalmoblennorrhoe hat Crede-Hörder (2) eine Rundfrage an sämtliche Direktoren der Frauenkliniken und ophthalmologischen Anstalten gerichtet und teilt deren Ergebnis ausführlich mit.

Besonders interessant sind die Antworten betr. obligatorischer Einführung der Prophylaxe, die durchaus nicht einstimmig als erwünscht bezeichnet wird (unter 51 Gynäkologen bloss 25 Anhänger der obligatorischen Prophylaxe).

Auch Weekers (15) wendet sich gegen die ärztliche Anzeigepflicht, er erwartet sich viel mehr Erfolg von einer gründlichen Aufklärung der Hebammen und des Publikums.

Von hohem theoretischen Interesse und nicht geringerer praktischer Wichtigkeit ist die neue Lehre von der „Einschlussblennorrhoe“ der Neugeborenen.

Schon 1908 hatte Stargardt (9) in einem Falle abakterieller Neugeborenenblennorrhoe eigenartige Einschlüsse in den Epithelzellen der Bindehaut nachweisen können, die morphologisch mit den von v. Provaceck und Halberstädter kurz zuvor veröffentlichten Einschlüssen beim Trachom identisch waren. Dieser Befund ist seither mehrfach bestätigt worden und man neigt zur Annahme, dass das Virus in den „Einschlüssen“ der Epithelzellen enthalten ist. Man hat diese „Einschlussblennorrhoe“ sogar auf Affen (Pavian) übertragen können. Von dem gonorrhoischen Katarrh unterscheidet sich das klinische Bild häufig durch den geringen Grad der Entzündung. Dieselben Einschlüsse sind auch in den Vaginalepithelien der betreffenden Mutter nachgewiesen worden, die Übertragung erfolgt also in derselben Weise wie bei der Gonokokkeninfektion.

Ganz ähnliche Mitteilungen hat Sussmann (11) in der Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie zu Berlin vorgetragen und durch zahlreiche mikroskopische Demonstrationen erläutert. Er glaubt fast die Hälfte der Augeneiterungen Neugeborener auf Einschlussblennorrhoe zurückführen zu können (Stargardt mindestens 40%). Da die Inkubation 5—9 Tage beträgt, dürften die sog. „Spätinfektionen“ in der Hauptsache als „Einschlussblennorrhoeen“ zu deuten sein. Das Sekret ist weniger dickrahmig und reichlich als bei der Gonokokkenblennorrhoe. Es besteht eine starke Neigung der Konjunktiva zu Blutungen. An das akute Stadium schliesst sich ein sehr protrahiertes Stadium der papillären Schwellung der Schleimhaut. Komplikationen von seiten der Hornhaut sind bisher niemals beobachtet. Die Prognose erscheint daher gut. Die einfachen Katarrhe der Neugeborenen sind keine Einschlusserkrankungen. Die gleichen Einschlüsse wie im Auge sind in der Genitalschleimhaut der Eltern (Mütter und Väter) gefunden und von dort auf Affen übertragen worden. Die Erkrankung lässt sich von Affe auf Affe (auch auf die Genitalschleimhaut) weiterimpfen. Es scheint sich somit bei der Einschlussblennorrhoe um eine gonorrhoeähnliche, aber durch das Einschlussvirus hervorgerufene Geschlechtskrankheit zu handeln.

Über auffällig günstige Heilungen von Ophthalmoblennorrhoe mit der Nicolle-Blaizotschen Vakzine berichten Cassonte und Roche (1). Hingegen rät Morax (6) auf Grund einer genauen Beobachtung von 110 innerhalb sieben Jahren am Hôpital Lariboisiere behandelten Fällen, neben der wohl empfehlenswerten Vakzinetherapie von Nicolle und Blaizot nicht zu verzichten auf die bewährte Applikation von Silbernitrat (2—3%) und Argyrol. In einer ähnlichen Beobachtungsreihe kommt Klebanski (4) zum Schluß, dass die Dauer der gonorrhoischen Ophthalmoblennorrhoe zwischen 8 und 90 Tagen schwankt, im Mittel 35 Tage beträgt. Die kombinierte Behandlung mit $AgNO_3$-Lösung und Ardysol (1 : 5) ist wirksamer als die mit Höllensteinlösung allein (bloss 16,5% statt 25% Hornhauttrübungen), hingegen scheint die Vakzinebehandlung ohne Einfluss auf den Verlauf. Über günstige klinische und experimentelle Ergebnisse mit dem Morgenrothschen Äthylhydrocuprein berichtet Puscariu (8). Wolffberg (16) hinwiederum hat in drei Fällen von Blennorrhoe einen günstigen Erfolg gesehen mit 10% Noviformsalbe.

VI.

Pathologie der Gravidität.

Referent: in Vertretung Prof. Dr. J. Veit.

Schwangerschaftstoxämien, Hyperemesis gravidarum, Ptyalismus gravidarum.

1. Aguilar, I. M., Gegenwärtiger Begriff der Schwangerschaftsintoxikation. Gac. méd. del Sur. de Esp. Vol. 31. Nr. 16. p. 365—373. Nr. 17. p. 399—406.
2. Austin, Cecil Kent, On the iso-serum treatment of the incoercible vomiting of pregnancy. Med. Rec. Vol. 85. Nr. 16. p. 705—707. (Zusammenfassender Bericht; von 20 Fällen 18 geheilt.)
3. Barbey, A., Behandlung eines Falles von Ischias in der Schwangerschaft mit Ringerscher Lösung. Zentralbl. f. Gyn. p. 113. (Verf. berichtet einen Fall von Heilung einer Dermatose durch subkutane Injektion von Ringerscher Lösung und weiter einen Fall von Ischias, bei dem — nach vergeblichen anderen Versuchen — durch subkutane Injektion Ringerscher Lösung, und zwar im ganzen sechsmal, die Ischias geheilt wurde. Wenn auch in anderen Fällen Ischias andere Ursachen haben mag, so nimmt er in seinem Falle Schwangerschaftstoxikose als Ursache an.)
4. Beloux, J., Vomissements incoercibles de la grossesse. (Toxémie ou névrose?) Arch. des malad. de l'appar. dig. et de la nutrit. Jahrg. 8. Nr. 4. p. 211—225. (Beloux lehnt die Vergiftung als Erklärung des unstillbaren Erbrechens ab. Es beruht vielmehr auf neuropathischer Grundlage. Die Fälle sollen daher psychisch behandelt werden.)
5. De Bengoa, R. Becerro, Fälle von Graviditätsintoxikation. 3. span. Kongr. f. Gyn., Geb. u. Päd. Crón. méd. Valencia. Jahrg. 25. Nr. 592. p. 257—259. 1913. (Vier Fälle durch Blutserum normaler Schwangerer geheilt.)
6. Bertino, Sulle autointossicazioni gravidiche. Gaz. ital. d. Levatr. p. 129.
7. Blöte, H. W., Over de oorzaak van den ongunstigen invloed van zwangerschap op tuberculose. (Über die Ursache des ungünstigen Einflusses der Schwangerschaft auf Tuberkulose.) Nederl. Maandschr. v. Verlosk., Vrouwenz. en Kindergeneesk. Nr. 10. p. 637—645. (Holländ.) (Von 100 Schwangeren reagierten 37% positiv nach Pirquet; von 81 Wöchnerinnen 62%. Wurde statt Tuberkulin ein Jequirityextrakt benutzt, dann zeigten von 62 Schwangeren 38% und von 57 Wöchnerinnen 67% eine positive Reaktion. In Übereinstimmung mit Entz findet Verf. also, dass die Pirquetschen Papeln die Folge eines rein lokalen Vorganges in der Haut sind und mit Immunitätsvorgängen im Organismus in keinerlei Zusammenhang stehen. Die Resultate mit der Pirquetschen Reaktion stimmen andererseits mit den früheren Erfahrungen von Stern überein. In 20 von 34 Fällen mit negativem Pirquet während der Schwangerschaft wurde die Reaktion im Wochenbett positiv. Die Schwangerschaft setzt also deutlich das Vermögen auf reizende Stoffe zu reagieren herab; daran ist das eventuelle Ausbleiben der Pirquetschen Reaktion bei Tuberkulösen während der Schwangerschaft zuzuschreiben. Es besteht ein inniger Verband zwischen dieser herabgesetzten Reaktionsfähigkeit und dem deletären Einfluss der Schwangerschaft auf den Verlauf einer Tuberkulose.) (Lamers.)
8. Bondy, Zur Lehre von der Hyperemesis gravidarum. Gyn. Ges. zu Breslau. Sitzg. vom 17. Febr. Zentralbl. f. Gyn. p. 873. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 751. (21 Fälle; darunter zwei Todesfälle. Ein schwerer Fall wurde durch Schwangerschaftsserum geheilt. Verf. nimmt eine Toxikose an, zu der nervöse Einflüsse hinzukamen.)
9. Brickner, S. M., The role of the glands of internal secretion in the genesis of fibroma molluscum gravidarum to which is appended the report of a hitherto undescribed pigmentation of the nails arising during pregnancy. Transact. of the Amer. Gyn. Soc. Vol. 38. p. 601—612. 1913. (Fibroma molluscum in der Schwangerschaft sieht

Verf. als eine Folge der Ovarialstörung, resp. des Aufhörens der Ovarialfunktion an, verbunden mit gesteigerter Tätigkeit der Glandula pituitaria und der Nebennieren. In gleicher Weise deutet er bezüglich der Ätiologie die Pigmentation einzelner Fingernägel.)

10. Cerecedo, M., Die wirksamste Behandlung unstillbaren Erbrechens. Siglo méd. Jahrg. 60. Nr. 3116. p. 546—549. 1913. (Heilung durch Adrenalin. Sieben Fälle.)
11. Coles, Str., Die Schwangerschaftstoxämie. Ther. Gaz. Mai. (Nichts Neues.)
12. Colorni, Herpes zoster eine Schwangerschaft komplizierend. Revue mens. de gyn., d'obst. Déc. 1913. (Der Herpes wird als Vergiftung durch die Schwangerschaft aufgefasst. Von Serumbehandlung ist nicht die Rede.)
13. Curtis, A. H., Vomiting of pregnancy treated by injection of blood of normal pregnant women. Journ. of the Amer. med. Assoc. Vol. 62. Nr. 9. p. 696. (15 ccm Blut, intramuskulär, Besserung; drei weitere mit defibriniertem Blut, Heilung.)
14. Dantin, Contribution à l'étude de la sérothérapie dans les vomissements graves de la grossesse et les dermatoses gravido-toxiques. Thèse de Bordeaux. 1913. p. 143. (Heilung durch Behandlung mit Serum oder konzentrierter Salzlösung.)
15. Delagénière, H., Unstillbares Schwangerschaftserbrechen und Appendizitis. Arch. prov. de chir. Nr. 11. 1913. Nov. (Annahme, dass das unstillbare Erbrechen bei Schwangerschaft meist auf peritoneale Reizung zurückzuführen ist, u. a. auch auf die Appendix.)
16. Delhez, F., Zwangerschap en alcohol. Nederl. Maandschr. v. Verlosk., Vrouwenz. en Kindergeneesk. Deel III. Nr. 3. p. 163—173. (Holländ.) (Referierende Betrachtung.) (Lamers.)
17. Dubrisay, L., Deux cas de vomissements incoercibles traités par l'avortement provoqué. Rev. mens. de gyn., d'obst. et de péd. Jahrg. 8. Nr. 11. p. 670—673. 1913. (In dem ersten Fall kam die Patientin trotz Unterbrechung der Schwangerschaft zum Tode, die Operation ist also wohl zu spät eingeleitet worden.)
18. Farani, A., Ein Fall von „Polyneuritis gravidarum". Zentralbl. f. Gyn. p. 802. (Führt die Erkrankung auf Intoxikation zurück. Auch im Wochenbett hält die Erkrankung an. Heilung durch Strychnin, Massage, Seebäder und Faradisation. Verf. selbst hält den Gegenstand aber noch nicht für genügend geklärt.)
19. Ferroni, Schwangerschaftstoxämie und Ren pelvicus congenitus mit Stieldrehung. Soc. ost. gin. della Emilia. (Bei einer 9. Gebärenden schwere Albuminurie mit Erbrechen; deshalb künstlicher Abort. Demnächst Schmerzen links vom Uterus, bedingt durch eine Geschwulst, die als Niere erkannt wurde. Sie wurde entfernt. Verf. erklärt die schweren Erscheinungen durch Stieldrehungen dieser Niere.)
20. Gaifami, P., A propos de la sérothérapie des intoxications gravidiques. Rev. mens. de gyn., d'obst. et de péd. Jahrg. 8. Nr. 10. p. 586—596. 1913. (Durch Injektion von Blutserum Schwangerer erreichte Verf. erhebliche Besserung der perniziösen Anämie, sowie bei Dermatosen und Prurigo.)
21. Goenner, A., Ein durch künstlichen Abort geheilter Fall von perniziöser Anämie und ein ebensolcher von schwerem unstillbaren Erbrechen in der Schwangerschaft, nebst Bemerkungen über Indikationen und Technik des künstlichen Abortes. Korresp.-Blatt f. Schweiz. Ärzte. Jahrg. 44. Nr. 14. p. 417—421. (Je ein Fall der Art.)
22. Handfield, Jones, Renal inadequacy in its relation to puerperal toxaemia. Clin. Journ. Vol. 43. Nr. 17. p. 266—270. (Die Frauen mit Niereninsuffizienz sieht Verf. als prädisponiert für Vergiftung an.)
23. Haughton, S., The prophylaxis and treatment of pre-eclamptic toxaemia and eclampsia. Indian. Med. Gaz. Vol. 49. Nr. 4. p. 137—141. (Die als Vergiftung angedeuteten präeklamptischen Erscheinungen sollen mit Bettruhe in verdunkeltem Raum, Isolierung, Diät und Kochsalzklysmen behandelt werden. Von einer spezifisch gegen die Vergiftung gerichteten Behandlung weiss Verf. nichts.)
24. Heimann, Fr., Zur Serumbehandlung der Schwangerschaftsdermatosen. Therap. d. Gegenw. Jahrg. 55. Heft 4. p. 159—160. (Juckendes Erythem; nach der ersten Injektion von Schwangerenserum Besserung; nach zwei weiteren Injektionen Heilung. Man braucht nicht stets Schwangerenserum zu nehmen. Jedes andere Serum hilft ebenso.)
25. Herrgott, A., Vomissements incoercibles et rétroversion de l'utérus gravide. Journ. de méd. de Paris. Jahrg. 33. Nr. 49. p. 958—960. 1913. (Verf. ist bereit, die Toxämie als Ursache des Erbrechens anzuerkennen, will aber auch die Lage des Uterus beachtet wissen.)

26. Hidden, J. H., Acidosis as an etiological factor in the toxemias of pregnancy. Therap. Rec. Vol. 9. Nr. 97. p. 8—11. 1913. (Verf. nimmt als Ursache der Schwangerschaftsvergiftung die Ansammlung von Azeton an. Er will daher Milch und Kohlehydrate reichlich geben, besonders auch Natrium bicarbonicum. Bei Misserfolgen Abortus.)

27. De Jong, H. E., De gevolgen van alcoholisme voor de nakomelingschap. (Die Folgen des Alkoholismus für die Nachkommenschaft.) Nederl. Maandschr. v. Verlosk., Vrouwenz. en Kindergeneesk. Deel. III Nr. 8. p. 469—510. (Holländ.)

28. Kamerling, M., Twee gevallen van foetus compressus. Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. II. Helft. Nr. 23. p. 2154—2155. (Holländ.) (In beiden Fällen waren es im vierten Monat abgestorbene Zwillinge, die nach der Geburt des am Leben gebliebenen, mit der Plazenta ausgestossen wurden.) (Lamers.)

29. Kellner, H., Beiträge zur Frage des unstillbaren Schwangerschaftserbrechens. Diss. Erlangen 1913. (Sammelreferat.)

30. Le Lorrier, V., Le traitement médical des vomissements graves de la gestation d'après les données les plus recentes. Clin. Paris. Jahrg. 8. Nr. 40. p. 631—632. 1913. (Verf. stimmt der Erklärung des unstillbaren Erbrechens als Folge plazentarer Toxämie zu. Zuckerinfusion, Tropfeinläufe gemacht. Bei Misserfolgen mit Diät empfiehlt er Injektion mit Ringerscher Lösung oder Schwangerenserum.)

31. Lepage et Tiffeveau, Notes sur deux cas de vomissements graves de la grossesse. Ann. de gyn. Tome 10. 1913. p. 625. (Ein Fall durch Schwangerschaftsserum geheilt. Im zweiten Fall Abortus notwendig.)

32. Mc Chesney, W. E., Vomiting of pregnancy. Med. Council. Vol. 19. Nr. 6. p. 224. (Diät. Einführung von zwei Finger in die Vagina in Kniebrustlage.)

33. Merrill, Th. C., Clonus in the toxemia of pregnancy. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Vol. 69. Nr. 3. p. 447. (Muskelzuckungen sind in der Schwangerschaft ein Zeichen für das Drohen von Eklampsie. Verf. hält es für einen Beweis von Toxämie.)

34. Meunier et M. Lafay, Vomissements incoercibles de la grossesse. Guérison par le chlorhydrate d'adrénaline en injections hypodermiques. Tours méd. Jahrg. 9. Nr. 9. p. 177—181. 1913. (Heilung durch Injektion von Chlorhydrat-Adrenalin.)

35. Perazzi, P., Intorno alle cause delle affezioni della bocca e dei denti nello stato puerperale. Ann. di ostetr. e ginec. Vol. 35. Nr. 11. p. 575—590. 1913. (Der Speichelfluss der Schwangerschaft wird erklärt durch Kongestion, durch Schwangerschaftsintoxikation und durch Mikroorganismen infolge der chemischen Veränderung des Speichels. Verf. will infolge davon antibakteriell vorgehen.)

36. Péry, Toxidermie gravidique guérie par la sérothérapie. Bull. de la soc., d'obst. et de gyn. de Paris. Jahrg. 3. Nr. 4. p. 282—286. (Nässendes Ekzem an den Genitalien, Appetitlosigkeit, Schlaflosigkeit, Ausbreitung des Ekzems auf den Unterleib und die Arme heilte Verf. durch Injektion von Diphtherieheilserum. Er benutzte dieses Serum, weil er ein anderes nicht zur Hand hatte. Heilung erfolgte in kürzester Zeit.)

37. Plicque, A. F., Les vomissements incoercibles de la grossesse et leur traitement. Bull. méd. Jahrg. 28. Nr. 50. p. 645—647. (Diät, Suggestion, Medikamente, Organextrakte, Serum als Therapie; erst wenn dies alles nichts hilft, Abort.)

38. Rongy, A. J., A preliminary report on the treatment of toxaemias of pregnancy with placental serum. New York State Journ. of Med. Vol. 14. Nr. 1. p. 21—24. (Heilung durch Injektion von fötalem Serum.)

39. Roos, S. F., Heilung eines Falles von Schwangerschaftsdermatose mit Ringerscher Lösung. Aus der Bezirkshebammenlehranstalt zu Strassburg i. E. Zentralbl. f. Gyn. p. 867. (Schon nach einmaliger Injektion von 30 ccm Besserung. Nach der zweiten Injektion von 50 ccm fast vollständige Heilung. Nach der dritten Injektion Heilung. Es handelte sich um Zwillingsschwangerschaft, von denen das eine Kind lebend geboren wurde.)

40. Roullier, De l'étude des modifications de quelques éléments de l'urine chez les femmes atteintes de vomissements incoercibles. Thèse Paris. 1913. (Die Annahme des Verfassers, dass die Veränderungen bei Erbrechen der Schwangeren denen hungernder und unterernährter Personen gleichen, hat wohl keine grosse Bedeutung für die Pathogenese, ist vielmehr nur als ein Beweis anzusehen, dass die zur Beobachtung gekommenen Personen durch die Erkrankung schon schwer gestört waren.)

41. Ryhiner, P., Über Hyperemesis gravidarum. Dissert. Basel 1913.
42. Sakaki, C., Adrenalin gegen das unstillbare Schwangerschaftserbrechen. Internat. Beitr. z. Pathol. u. Therap. d. Ernährungsstör. Bd. 5. Heft 3. p. 379—382. (Heilung durch absolute Bettruhe und 1 g Adrenalinlösung pro Tag. Verf. legt Wert auf die Lipoide der Plazenta.)
43. Simon, Frédericq, Castration au cours de la grossesse. Journ. Belge de Gyn. et d'obst. Juillet. Nr. 7. p. 520. (Vier Fälle werden mitgeteilt. In drei Fällen wurde trotz der Kastration am Ende der Schwangerschaft ein normales Kind geboren. Verf. fordert also auch während der Schwangerschaft die Entfernung ein- oder doppelseitiger Ovarialtumoren. Kommt es zur Fehlgeburt, so hängt das nicht mit dem Fehlen der Ovarien oder des gelben Körpers nach Fränkel zusammen, sondern weil der Operationsschock zu gross war.) (Heimann.)
44. Smith, Richard R., Toxemia of early pregnancy. Journ. of the Michigan State Med. Soc. Vol. 13. Nr. 5. p. 293—296. (Drei Fälle, welche trotz Abortus starben. Als Beweis für die toxische Natur der als besonders bedenklich bezeichneten Fälle von Erbrechen in der Schwangerschaft sieht Verf. die Ammoniakvermehrung des Harns an. Verf. hat übrigens vor der Einleitung des Abortes nichts spezifisch Entgiftendes vorgenommen.)
45. Stolper, L., Zur Ätiologie und Diagnose der Hyperemesis gravidarum. Gyn. Rundschau. Jahrg. 8. Heft 3. p. 85—99. (Verf. ist gleichfalls der Meinung, dass das Erbrechen als Vergiftung von den Zellen der Eiperipherie herstammt. Der Entgiftungsmechanismus hat gelitten. Verf. nimmt an, dass Leber, Corpus luteum und die Plazenta selbst eine Rolle spielen. Die Hormone dieser Drüsen gelangen zur Leber und wenn die Entgiftung nicht genügend stattfindet, so beweist das nicht eine mangelhafte Tätigkeit der Leber, sondern nur eine mangelhafte Tätigkeit dieser Drüsen, welche das Sekret zur Leber liefern sollten. Verf. legt besonderen Wert auf das Konstatieren einer Zerstörung der Zuckerassimilation.)
46. Sutton, R. L., A clinical note on fibroma molluscum gravidarum. Amer. Journ. Med. Sc. Vol. 147. p. 419. (Verschlimmerung in der Schwangerschaft, Besserung nach der Geburt.)
47. Thies, Ptyalismus in der Schwangerschaft, geheilt durch Injektion von Pferdeserum. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 12. p. 445. (Starker Speichelfluss im sechsten Monat durch 20 ccm Pferdeserum geheilt.)
48. La Torre, F., Una causa dei vomiti gravidici non ancora rilevata. Clin. ostetr. Jahrg. 16. Nr. 1. p. 1—9. (Verf. nimmt an, dass der Kopf, der im Fundus liegt, die Ursache des Erbrechens sei.)
49. Treub, H., Schwangerschaftsdermographie. Nederl. Maandschrift voor Verlosk. en Vrouwenz. Jahrg. Nr. 5. p. 280—288. (Deutung als Vergiftung.)
50. Voron, Reflexions sur un cas de vomissements graves de la grossesse suivi de mort. Bull. de la soc., d'obst. et de gyn. de Paris. Jahrg. 3. Nr. 3. p. 204—213. 1913. (Trotz künstlichen Abortes trat der Tod ein; gleichzeitig war Zucker nachgewiesen im Harn.)

Infektionskrankheiten in der Schwangerschaft.

1. Allen, Tuberculosis and pregnancy. Virginia Med. Semimonthly. p. 116. (Nichts Neues.)
2. Anderes, E., Unterbrechung der Schwangerschaft und Sterilisation auf abdominellem Wege in einer Sitzung. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. Heft 4. p. 443. (Verf. will in einer Sitzung vorgehen. Laparotomie, Spaltung des Fundus quer zwischen den Tuben, Entfernung des Eies, Naht der Uteruswunde, Resektion der Tube mit Schluss des Peritoneums über ihr.)
3. Barbail, Contribution à l'étude de la scarlatine pendant la grossesse. Thèse de Toulouse. 1913.
4. v. Bardeleben, H., Die Prinzipien des therapeutischen Eingriffes bei Lungentuberkulose und Schwangerschaft. Med. Klinik. XII. p. 440. (Russisch.) (Wiedergabe der bekannten Ansichten des Verf.)

5. Berkowitz, Pregnancy complicated by typhoid fever with hemorrhage and relapse; delivery at term; report of the bacteriological and serological findings in mother and Child. Amer. Journ. of Obst. Vol. 69. p. 827. (Heilung sechs Wochen vor der Geburt.)

6. Credé-Hörder, Tuberkulose und Schwangerschaft. Med. Reform. Jahrg. 22. Nr. 2. (Verf. steht auf einem Mittelweg, weder bei Beginn der Erkrankung noch bei sehr schlechtem Zustande soll man die Schwangerschaft unterbrechen. Ein künstlicher Abortus ist angezeigt bei schwachen Tuberkulösen im ersten Stadium und vorgeschrittenen Stadien, sowie bei Fällen progressiver Tuberkulose in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft. Heilstättenbehandlung wird warm empfohlen.)

7. Davis, E. P., Infection with the Bacillus coli communis complicating pregnancy labor and the puerperal state: its medical and surgical treatment. Amer. Journ. of Obst. Vol. 70. p. 222. Transact. Med. Soc. State of New York. April 28/30. (Davis hat in einem Vortrag seine Ansicht über Bact. coli niedergelegt. In der Schwangerschaft hat der Keim Bedeutung besonders für die Entstehung der Pyelitis, die nach Verf. oft gleichzeitig mit Appendizitis vorkommt. Letztere will er stets operieren. Übrigens bringt Davis auch die Cholecystitis mit dem gleichen Keim in Zusammenhang.)

8. Dützmann, Die einzeitige Ausführung des künstlichen Aborts und der Tubensterilisation bei Tuberkulose und Schwangerschaft. Journ. f. Geb. u. Gyn. 1913. p. 219. (Russ.) (Verf. will die Operation vaginal ausführen. Spaltung der vorderen Wand. Entleerung des Uterus. Tubensterilisation durch Resektion von Tubenstücken; die Stümpfe werden nachher in das Lig. latum versenkt.)

9. Ebeler, Tuberkulose und Schwangerschaft. Prakt. Ergebn. VI. 1. (37 Fälle von künstlicher Unterbrechung von Schwangerschaft wegen Tuberkulose. Methode verschieden. Gute Zusammenstellung des jetzigen Standes der Frage.)

10. Fidelholz, A., Vaginale Totalexstirpation des graviden Uterus bei Lungentuberkulose. Diss. Strassburg 1913. (Zusammenstellung von 20 Totalexstirpationen des graviden Uterus wegen Tuberkulose. In 12 Fällen später Besserung, vier blieben unverändert, zweimal Verschlimmerung.)

11. Freund, H., a) Konsultationen zwischen Gynäkologen und Internisten bei Schwangeren mit Tuberkulose und Herzfehler. b) Gleichzeitiger Abortus artificialis und tubare Sterilisation. Unterelsäss. Ärzteverein. Strassburg. Offiz. Protokoll, 28. Febr. Deutsche med. Wochenschr. p. 930. (Freund verlangt bei der Komplikation der Schwangerschaft mit Tuberkulose und Herzfehler entschieden Beratung mit internen Medizinern. Er empfiehlt, wenn die Unterbrechung geboten ist, die Entleerung der schwangeren Gebärmutter durch den Kaiserschnitt mit sofortiger tubarer Sterilisation.)

12. Hofmann, E., Zur einzeitigen Aborteinleitung und Tubensterilisation. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 75. 2. p. 320. (Zuerst Laparotomie in der Medianlinie, dann Spaltung des graviden Uterus, Herausdrücken des Eies, Entfernung der hypertrophischen Decidua mittelst Curette, Abbinden der Tuben, Versenkung der Tubenstümpfe zwischen die Blätter des Peritoneum, Schluss der Bauchwunde.)

13. Imhofer, R., Der gegenwärtige Stand der Frage Kehlkopftuberkulose und Schwangerschaft. Prager med. Wochenschr. Nr. 11. p. 111. (In den ersten fünf Monaten soll bei Kehlkopftuberkulose stets der Abortus eingeleitet werden mit sofortiger Sterilisation; dagegen soll man die künstlichen Frühgeburten nicht vornehmen. Abkürzung der Geburt eventuell sehr zu empfehlen.)

14. Jung, Indikationen zur Schwangerschaftsunterbrechung und Tubensterilisation. Deutsche med. Wochenschr. Jahrg. 40. Nr. 2. p. 103. (Verf. lehnt alle sozialen Momente als Indikation ab. 23 Fälle. 8 Tubensterilisation.)

15. Lasagna, Tuberculose laringea e gravidanza. Arch. ital. di ost. XXV. p. 10. (Drei Fälle. Empfehlung frühzeitiger Unterbrechung der Schwangerschaft.)

16. Lesser, F., und R. Klages, Über ein eigenartiges Verhalten syphilitischer Neugeborener gegenüber der Wassermannreaktion. Aus der Univers. Frauenklinik der Charité in Berlin. Deutsche med. Wochenschr. p. 1309. (Mahnung zur Vorsicht bei der Wassermannreaktion bei Neugeborenen. Man sollte stets mit verschiedenen Antigenen arbeiten.)

17. Mirto, Intorno ad alcuni casi di colera in gravidanza. Artc. ost. 1913. p. 342. (Statistisches.)

18. Permin, G. E., Nogle Tilfaelde af Abortus provocatus ved Lungetuberculose. (Einige Fälle von Abortus provocatus bei der Lungentuberkulose.) Hospitalstidende. Kopenhagen. p. 865—874. (Sechs Fälle. Als Indikation wird aufgestellt: Verschlechterung eines schon bestehenden tuberkulösen Prozesses — früh in der Schwangerschaft. Alle Fälle verliefen ohne Komplikationen; es kam keine Progression der Lungentuberkulose.) (O. Horn.)
19. Pou, Acute infectious myelitis complicating pregnancy. Amer. Journ. of Obst. Vol. 69. p. 1052. (Nach Geburt einer durch die Krankheit abgestorbenen Frucht langsame Besserung.)
20. Real, C., Künstlicher Pneumothorax während der Schwangerschaft. Beitr. z. Klin. d. Tuberkulose. XXIX. p. 310. (Ein Fall mit günstigem Verlauf.)
21. Sarkissiantz, De l'avortement et de la stérilisation artificielle en un temps. Presse méd. Jahrg. 22. Nr. 11. p. 109—110, 191. (Verf. will gleichfalls die beiden Operationen mit einer Narkose vornehmen. Zuerst Desinfektion, dann Dilatation, Entfernung des Eies, Ausschabung und Tamponade; direkt hinterher die Eröffnung der Bauchhöhle von der Scheide aus mit Durchtrennung beider Tuben.)
22. Schenck, B. R., Pulmonary tuberculosis and pregnancy. Journ. Mich. State Med. Soc. Vol. 13. p. 157. (Genaues Individualisieren.)
23. Seitzingen, Tuberkulose und Schwangerschaft. Inaug.-Diss. Erlangen 1913. (Einschreiten im zweiten und dritten Stadium, in letzterem möglichst früh.)
24. Sergent, E., Tuberculose et grossesse. Rev. prat. d'obst. p. 47. (Nicht grundsätzlich künstlicher Abortus. Kalkdiät. Adrenalin.)
25. Simson, H. J. F., and J. M. Bernstein, Remarks on infection by B. coli in the puerperium and an infection conditions of pregnancy. Brit. Med. Journ. I. p. 749. (Drei Fälle von Wochenbetterkrankung derart.)
26. Spaeth, Tubensterilisation oder vaginale Korpusresektion bei tuberkulösen Frauen. Geb. Ges. zu Hamburg. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 33. p. 1164. (Verf. will zur Sterilisation des Corpus etwas oberhalb des Orif. ext. exzidieren, und zwar keilförmig durch vaginale Operation, wobei er möglichst viel experitoneal bleibt. Er zieht diese Operation der Tubensterilisation vor.)
27. Thompson, Acute dilatation of the stomach complicating pregnancy. New York Med. Journ. Vol. 99. p. 934. (Ursache unklar.)
28. Warthin, A. Sc., Miliary tuberculosis of the placenta with incipient pulmonary tuberculosis of the mother becoming latent after the birth of the Child. Journ. Amer. Med. Assoc. 1913. p. 1951.

Sonstige Erkrankungen in der Schwangerschaft.

1. Albrecht, Zur Therapie der Schwangerschaftspyelitis. Münchn. gyn. Ges. Sitzg. vom 20. Nov. 1913. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 13. p. 485. 1913. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. Heft 6. p. 841. (Verf. will frühzeitig mit Harnleiterkatheterismus und Nierenbeckenspülung beginnen, weil sonst die Gefahr besteht, dass die Erkrankung später nicht mehr geheilt werden kann.)
2. Albrecht, Hans, Die einseitige akute infektiöse Nephritis und Perinephritis. Zeitschr. f. gyn. Urol. Bd. 4. Heft 6. (In allen Fällen, in denen die akute infektiöse Nephritis nicht auf dem Boden einer Pyelocystitis entstanden ist und die schweren Erscheinungen nach dem Ureterenkatheterismus und eventuell Spülbehandlung nicht alsbald zurückgehen, will Verf. die Niere freilegen und je nach dem Befund operieren.)
3. — Komplikation der Schwangerschaft mit Ileus infolge Abknickung des Dickdarmes durch einen entzündlichen Netztumor. Münchn. gyn. Ges. Sitzg. vom 26. Febr. Zentralbl. Nr. 36. p. 1222. (Im fünften Monat im Anschluss an eine Hernienoperation Ileus entstanden durch einen entzündlichen Netztumor. Resektion des Tumors und des Colon transversum. In der Heilung Kotfistel; deshalb Entleerung des Uterus im sechsten Monat und langsame Heilung der Kotfistel.)
4. Amann, Cholelithiasis und Schwangerschaft. Bayr. Ges. f. Geb. u. Gyn. Sitzg. vom 25. Jan. in Nürnberg. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 30. p. 1076. (Erkrankung im fünften Monat der Schwangerschaft. Der Tumor zeigt sich als Erkrankung der Gallenblase

mit einem nussgrossen Stein. Auch der Proc. vermiformis ist krank. Heilung durch Operation.)

5. Amann, Darmruptur durch stumpfe Gewalt bei Gravidität. Münchn. gyn. Ges. 18. Juni. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 48. p. 1454. (Fall in der Schwangerschaft. Blutabgang, schwere Erscheinungen. Bei der acht Tage nach dem Fall vorgenommenen Laparotomie etwa 20 cm oberhalb Valvula Bauhini der Dünndarm verletzt. Demnächst trat Abortus ein und unter Bildung einer Dünndarmbauchdeckenfistel, die später geheilt wurde, genas die Patientin.)
6. Andrews, Acute abdominal pain in pregnancy. Clin. Journ. Vol. 42. p. 353. 1913. (Warnung davor, den Sitz der Schmerzen in den Uterus zu verlegen.)
7. Arbekow, Ein Fall von akuter gelber Leberatrophie während der Schwangerschaft. Festschr. Pobedinsky. p. 211. (Schwerer Fall. Künstlicher Abortus. Tod.)
8. Audebert, Cholecystite gravidique. Soc. d'obst. et de gyn. de Paris. II. p. 735. 1913. Ann. de Gyn. Janv. (Dabei vorübergehend Hämophilie. Schwangerschaft ungestört. Angeblich Erblichkeit.)
9. Austin, The dose of hexamethylenamine. New York Med. Journ. Vol. 99. p. 603.
10. Aymerich, G., Ricerche sperimentali sulla intossicazione tabagica in gravidanza. Ann. di ost. 1913. p. 361. (Experimente an Tieren. Hiernach kein schädlicher Einfluss des Tabaks auf die Schwangerschaft anzunehmen.)
11. — Alterazioni placentari in donna cardiopatica. Ginec. 1913. p. 429. (Stauung von Blut im intervillösen Raum. Bildung von weissen Infarkten.)
12. Bandioli, A., Un caso di mielite trasversa in gravidanza. Istituto clin. di Milano 1913. p. 337. (Wehen regelmässig, Fehlen der Bauchpresse, deshalb Zange nötig.)
13. Barris, J. M., The treatment of pregnancy complicated by morbus cordis by means of caesarean section under spinal anaesthesia. R. Soc. of Med. Sect. of Obst. and Gyn. p. 238. March 5. Journ. of Obst. and Gyn. Brit. Emp. Vol. 25. p. 186. Vol. 26. p. 291. (Ein Fall derart mit Genesung. Erwähnung von vier ähnlichen Beobachtungen.)
14. Bondy, Akute Funktionsstörung im uropoetischen System während der Schwangerschaft. Gyn. Ges. in Breslau. Sitzg. vom 17. März. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. Heft 6. p. 838. (Im ersten Falle handelt es sich um Verringerung des Urins mit leichter Benommenheit. Annahme einer doppelseitigen Pyonephrose; sofortige Entbindung durch Hysterotomie. Heilung. Verf. nimmt reflektorische Anurie an. Im zweiten Falle Pyelitis, die plötzlich schwere Allgemeinstörungen hervorruft. Auch hier sofortige Hysterotomie und Heilung.)
15. Brickner, Die Rolle der Drüsen mit innerer Sekretion bei der Entstehung des Fibroma molluscum gravidarum. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 17. 4. (Die Ansicht des Verf., dass das Fibroma molluscum durch Drüsen mit innerer Sekretion entsteht, wird vom Verf. eigentlich durch nichts bewiesen. Nicht einmal durch die Erfolge der Therapie.)
16. Cathelin, Die sogenannte Schwangerschaftspyelonephritis. Allg. Wiener Med. Zeitg. p. 136, 148. (Bacterium coli-Infektion auf Grundlage der Toxämie der Schwangerschaft.)
17. Chevassu, La pyélonéphrite gravidique. Ann. de gyn. et d'obst. Juin. Tome 11. p. 369. (Verf. nimmt als Ursache der Pyelonephritis mit Pinard eine vorher bestehende Störung der Niere an, tritt aber für die Infektion auf dem Blutwege ein. In erster Linie besteht für ihn die allgemeine Behandlung, wobei er auf die Vakzine nicht übermässig grossen Wert legt. Den Katheterismus der Ureteren wendet er nicht in allen Fällen an. Immerhin muss man ihn in einzelnen Fällen vornehmen und durch ihn ist die Unterbrechung der Schwangerschaft seltener geworden.)
18. Coenen, Ileus bei Situs inversus mit Gravidität. Berl. klin. Wochenschr. p. 177.
19. Davidovitch, Morbus Basedowii und Schwangerschaft. Inaug.-Diss. Berlin 1913. (Ein Fall.)
20. Decio, Über einige Thrombosen bei Schwangeren. Geb.-gyn. Ges. d. Emilia. (Verf. sucht die Ursache in mechanischen Momenten.)
21. Dervaux, Cancer du sein et grossesse. Soc. d'obst. et de gyn. de Paris. p. 271. (Schnelles Wachstum in der Schwangerschaft.)
22. Dobkevitch, De la chorée au cours de la grossesse. Thèse de Paris. 1913. (Prognose meist ernst. Künstliche Schwangerschaftsunterbrechung oft nicht von Erfolg.)
23. Dorman, The bacillus coli infections during pregnancy and the puerperium. Amer. Journ. of Obst. Vol. 70. p. 487.

24. Dreyfuss und Traugott, Über eine durch Schwangerschaft bedingte schwere Hirnerkrankung. Med. Klinik. p. 13. (Die schweren Hirnerscheinungen in dem vorliegenden Falle wurden mit einem Schlage durch die künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft geheilt. Verf. erklärt den Fall als bedingt durch eine Störung der Harmonie der inneren Sekretion der verschiedenen Organe.)

25. Elfer, Katatonie mit besonderer Berücksichtigung des Verlaufes der Gravidität. Inaug.-Diss. Kiel 1913.

26. Engelhorn, Zur Ätiologie der Pyelitis gravidarum. Bayr. Ges. f. Geb. u. Gyn. Sitzg. vom 25. Jan. in Nürnberg. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 30. p. 1077. (Verf. nimmt an, dass es sich um Heraufsteigen des Prozesses von der Blase aus handelt; er versucht dieses durch klinische Untersuchungen nachzuweisen.)

27. Faas, Schwangerschaftstetanie. Inaug.-Diss. Erlangen 1913.

28. Farani, Ein Fall von „Polyneuritis gravidarum". Zentralbl. f. Gyn. p. 802. (Toxämie abgelehnt. Besserung erst Monate nach der Geburt.)

29. Ferrero e Fenoglietto, Sopra un caso di polinevrite gravidica unita a Morbo di Flaiani-Basedow. Riv. prat. nerv. et ment. 1913. p. 649. (Ein Fall derart. Versuch der Erklärung durch Fehler der inneren Sekretion.)

30. Ferroni, Seltene Formen von die Schwangerschaft komplizierendem Ileus. Geb.-gyn. Ges. d. Emilia. (Zwei Fälle derart. Ursache Tuberkulose des Ileum und Geschwulst am Ileum. Die erste Patientin wurde erst nach der Entbindung operiert. Im zweiten Falle wurde im vierten Monat der Abortus eingeleitet; ehe die Patientin aber operiert werden konnte, starb sie.)

31. Fleischmann, Künstlicher Abortus bei schwerer Pyelitis. Zentralbl. f. Gyn. p. 407.

32. Florence, Occlusion intestinale et grossesse. Soc. d'obst. et de gyn. de Paris. III. p. 219. (Ein Fall, Volvulus der Flexura sigmoidea. Vergeblich operiert.)

33. Frank, R. T., Pregnancy in a case of polycythaemia. Amer. Journ. of Obst. Vol. 69. p. 134. (Schwangerschaft ausgetragen.)

34. Franz, Über Pyelitis gravidarum. Zeitschr. f. gyn. Urol. Bd. 8. p. 691.

35. Freund, H., Herzfehler und Schwangerschaft (mit Demonstration). Oberrhein. Ges. f. Geb u. Gyn. Sitzg. vom 6. Juli 1913 in Baden-Baden. Beitr. z. Geb. u. Gyn. Bd. 19. Heft 2. p. 292. (Freund kann mit den Grundsätzen Frommes und seinem Referat auf dem Gynäkologen-Kongress nicht ganz übereinstimmen. Leichte, d. h. kompensierte und nicht komplizierte Herzfehler werden durch die Schwangerschaft selten beeinflusst. Jede Störung der Kompensation und jede Komplikation ist aber für Schwangere gefährlich; in solchen Fällen ist die Unterbrechung der Schwangerschaft angezeigt. Im Wochenbett soll man sterilisieren.)

36. Freund, H. A., Heart in pregnancy. Mich. State Med. Soc. 1913. p. 648. (Vertritt die ältere Auffassung, dass die Prognose von der Art des Herzfehlers abhängig sei. Er kennt allerdings auch Kompensationsstörungen und will dabei in frühen Monaten stets die Schwangerschaft unterbrechen.

37. *Fruhinsholz, Diabetes und Schwangerschaft. Ann. de gyn. Vol. 10. Heft 8. p. 477.

38. Gaifami, De la pyélonéphrite au cours de la grossesse. Ann. de gyn. et d'obst. Juin. Tome XI. p. 379. Rivista ospedaliera. 1912. Nr. 12. (Gaifami tritt für den Ureterenkatheterismus ein, sowie für die Vakzinetherapie.)

39. Geelmuyden, H. Chr., Diabetes und Gravidität. Norsk magazin for Laegevidensk. p. 1147. (Eine Übersicht über die Stellung der Frage. Wenn auch Verf. meint, dass die Glykosurie der Schwangeren und der echte Diabetes mellitus in letzter Instanz beide auf eine Störung irgend einer Stelle des Nervensystems beruhen, reserviert er sich doch bestimmt gegen die Auffassung, dass die zwei Krankheiten identisch seien. Er referiert vier Fälle, die zwar nicht gründlich beobachtet werden konnten, die aber doch geeignet sind, die Frage zu beleuchten, ob man wegen Diabetes eine Schwangerschaft abbrechen soll. Die Frage soll von den Internen, nicht von den Gynäkologen beantwortet werden; nur jene werden imstande sein, aus dem ganzen Verlauf der Krankheit ein richtiges Urteil zu geben, während die bei den Kranken momentan vorliegenden Befunde weniger bedeuten. Auch das Verhalten der Krankheit vor der Schwangerschaft muss berücksichtigt werden. Verf. findet es nicht berechtigt, das Leben der Mutter in grosse Gefahr zu bringen, nur um der Möglichkeit willen, dass man ein kräftiges Kind vielleicht haben wird. Es kann auch geschehen, dass beide Leben dabei zugrunde gehen.) (Kr. Brandt.)

40. Gellhorn, Exophthalmic goitre and pregnancy. Amer. Gyn. Soc. Vol. 38. p. 386. 1913. Amer. Journ. of Obst. Vol. 68. p. 1132. (Zwei eigene Fälle derart. Komplikationen im allgemeinen ernst, bei jeder Verschlimmerung Unterbrechung der Schwangerschaft.)

41. Gerest, Existe-t-il des indications de l'accouchement prématuré provoqué dans l'albuminurie gravidique? (Eclampsie confirmée non comprise.) Thèse de Lyon.

42. Giles, R., Spina bifida und Schwangerschaftsverlauf. Revue mens. de gyn. VIII. 7. (Diese Kombination ist sehr selten. Verf. findet nur zwei Fälle in der Literatur. Er selbst beobachtete einen neuen Fall. Erbrechen bis zum Ende der Schwangerschaft; vorzeitige Geburt; Eröffnungsperiode verlängert, Austreibungsperiode verkürzt; Infektionsgefahr.)

43. Goenner, A., Ein durch künstlichen Abortus geheilter Fall von perniziöser Anämie und ein ebensolcher von schwerem, unstillbarem Erbrechen in der Schwangerschaft, nebst Bemerkungen über Indikationen und Technik des künstlichen Abortus. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte. Nr. 14. (Beschreibung der beiden geheilten Fälle. Technik: Dilatation mit Hegarschen Stiften und sofortige Ausräumung.)

44. Graham, Gallstones complicating pregnancy and puerperium; report of six cases. Southern Med. Journ. p. 389. (Drei Fälle an Schwangeren beobachtet; zweimal gelang es, durch Operation Schwangerschaft zum guten Ende zu bringen; ein Fall starb trotz Operation.)

45. Gundi, A., Anemia e gravidanza. Lucina. 1913. p. 181. (Allgemeines.)

46. Guzzoni degli Ancarani, Un caso di pyelonefrite in gravidanza. Rend. Soc. Tosc. V. p. 67.

47. Handfield-Jones, Renal inadequacy in its relation to puerperal toxaemia. Clin. Journ. p. 266. (Niereninsuffizienz in jeder neuen Schwangerschaft bei sonst gesunden Frauen.)

48. L'Hardy, A. G., La pyélonéphrite de la grossesse. Gaz. des hôp. 1913. p. 2127. (Nichts Neues.)

49. Hicks, H. T., Schwangerschaft mit Hydronephrose kompliziert. Journ. Obst. and Gyn. Brit. Emp. XXIV. p. 6. 1913. (Pyonephrose. Inzision. Drainage. Keine Besserung, deshalb künstliche Frühgeburt. Heilung.)

50. Hilgers, E., Komplikation von Herzfehler und Schwangerschaft. Diss. Strassburg i. E. (26 Fälle der Art; nur zwei beschwerdefrei. Neunmal spontane Geburt, sechsmal künstliche Frühgeburt, fünfmal Kunsthilfe am Ende der Schwangerschaft. Eine Frau starb im sechsten Graviditätsmonat, eine andere sechs Tage nach der Geburt.)

51. Hinselmann, Zur Theorie der Schwangerschaftsalbuminurie. Niederrhein.-westfäl. Ges. f. Geb. u. Gyn. 2. März. Zentralbl. f. Gyn. p. 875. (Nichts Neues.)

52. *— Untersuchungen über das proteo- bzw. peptolytische Vermögen des Serums bei Schwangerschaftsalbuminurie. Zentralbl. f. Gyn. p. 258.

53. Hohorst, Bericht über zwei Fälle von Ileus in graviditate bzw. intra partum. Geb. Ges. Hamburg. 24. Febr. Zentralbl. f. Gyn. p. 663. (Zwei Fälle derart. Im ersten Fall trotz Operation Tod. Im zweiten Fall Entleerung des Uterus durch Perforation und Aufrichten des Uterus. Dadurch verschwindet der Ileus.)

54. Holzbach, Zur Diagnose der Schwangerschaftsnierenkrankheiten. Württ. Med. Korresp. p. 145. Münchn. med. Wochenschr. p. 448.

55. Hortoule, Une observation de pyélonéphrite de la grossesse traitée par le cathéterisme urétére; néphrectomie consécutive. Journ. d'Urol. Tome 6. p. 55. (Ob die Verschlimmerung hier durch den Ureterkatheterismus bedingt ist oder die Nieren-Entfernung auch ohne diesen notwendig gewesen wäre, lässt sich nach der Mitteilung des Autors schwer entscheiden.)

56. Jaworski, J., Die Veränderungen des Herzens und des Herzmuskels während der Schwangerschaft. Gaz. lek. Nr. 22. (Verf. ist der Meinung, dass das Herz sich am Ende der Schwangerschaft vergrössert, und zwar besonders die linke Herzkammer, dass oft Dislokationen des Herzens vorkommen und dass das Herz gegen die vordere Wand des Brustkorbes gedrückt wird.)

57. Johansonn, S., Sind bei schweren Fällen von Graviditätspyelonephritis chirurgische oder obstetrische Eingriffe vorzuziehen? Allm. Svenska Laekartidn. Nr. 13 u. 14. Gyn. Rundschau. 1913. Heft 8. p. 306. (Verf. zieht der allgemeinen die Ureterenund der geburtshilflichen Behandlung die chirurgische Behandlung vor.)

58. Jungmann, Schwere Anämien in der Schwangerschaft. Deutsche med. Wochenschr. p. 575. (Zwei Fälle, Heilung nach der Geburt.)

59. Jungmann, Beiträge zur Kenntnis der Schwangerschaftsanämie. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 8. (Mit v. Noorden fasst Verf. seine Fälle auf als „Blutkrisen", als Ausdruck einer plötzlichen Reizwirkung auf die blutbildenden Organe. Er will sie deshalb unter- scheiden von der perniziösen Anämie.)

60. Kistler, Über Pyelonephritis in graviditate et in puerperio. Diss. Basel 1913.

61. Kraft, Discussion zu Leopold Meyer: Et Tilfaelde af Appendicitis i Svangerskabet) (Diskussion zu Leopold Meyer: Ein Fall von Appendizitis in der Schwangerschaft. Ges. f. Gyn. u. Obst. Kopenhagen. 3. Dez. 1913. Ref. Ugeskr. f. Laeger. p. 1885—1886. (Sechs Fälle, alle mit wenig ausgesprochenen Symptomen.) (O. Horn.)

62. Kreiss, Ph., Herzfehler und Schwangerschaft. Zentralbl. f. Gyn. 1913. p. 1805. (Nach Meinung und Erfahrung von Kreiss wird Herzfehler durch Schwangerschaft selten verschlimmert; in Dresden nur in etwa 1 : 1000 der Geburten wegen Herzfehler Schwangerschaft unterbrochen. Besonders schlimme Komplikation gleichzeitig mit Nephritis.)

63. Krömer, P., Zur Ätiologie und Behandlung der Pyelitis gravidarum. Gyn. Rundschau. 1913. Heft 2. p. 453. (Verf. nimmt den Ursprung der Krankheit aus dem Darmkanal, aus Angina oder sonstigen Infektionen an. Durch Erweiterung der Ureteren ist die Schwangere für die Erkrankung prädisponiert. Bleibt auf der einen Seite Pyurie, soll man chirurgisch eingreifen.)

64. Lepage, De la mort chez les choréiques pendant la grossesse. Ann. de Gyn. X. p. 458. (Ein schwerer Fall der Art, bei dem Abortus eingeleitet wurde; zuerst Besserung, dann Tod.)

65. Lienau, Über künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft bei Psychosen in psychiatrischer, rechtlicher und sittlicher Beleuchtung. Aus der Privatklinik „Eichenhain" für Nerven- und Gemütskranke. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd. 53. Heft 3. Münchn. med. Wochenschr. p. 1079.

66. — Künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft bei Psychosen. Arch. f. Psych. Bd. 53. Heft 5. Deutsche med. Wochenschr. p. 1081. (Verf. will bei allen Psychosen den künstlichen Abort einleiten, wenn die Gesundheit der Mutter für das Fortbestehen der Schwangerschaft gefährdet wird und wenn man durch den Abort diese Gefahr glaubt beseitigen zu können. Auch bei typischen Geisteskrankheiten sollte man den Versuch machen, durch Unterbrechung der Schwangerschaft die Psychose zu beenden. Der Standpunkt des Verf. dürfte sehr schwer zu klarer Indikationsstellung führen.)

67. Llorens, Herzleiden und Schwangerschaft. Cron. méd. 1913. p. 218. (Puls und Nieren entscheiden die Frage des Einschreitens.)

68. Ludwig, F., Ileus bei Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 75. 2. p. 324. (Ein eigener Fall. Man soll in den ersten Monaten die Schwangerschaft erhalten, in den späteren der schnellen Übersicht halber unterbrechen und dann operieren. Literatursammlung gut. Ileus hängt selten von dem schwangeren Uterus ab. Therapie — unabhängig von der Schwangerschaft — die gleiche wie stets.)

69. Marek, Asthma bronchiale in graviditate. Casop. lek. 13. 44. (Zweimal war deshalb die Unterbrechung der Schwangerschaft notwendig.)

70. — Mütterliche Tetanie. Casop. lek. 13. 42. (Verf. beobachtete 10 Fälle derart. Der erste Anfall stets erst in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft; bei jeder neuen Schwangerschaft trat Rezidiv ein. Von seinen Fällen starben drei Mütter, auch die Kinder wurden gefährdet. Verf. will Calcium chloratum und in schweren Fällen den künstlichen Abort anordnen; auch hält er die künstliche Sterilisation für angezeigt.)

71. — Über einen Fall von Schwangerschaftsakromegalie. Zentralbl. f. Gyn. p. 265. (Die Furcht des Verf., dass die Krankheit bei der nächsten Gravidität sich verschlimmert, hat sich bei dieser neuen Beobachtung nicht bestätigt.)

72. Markowa, Ada, Beitrag zur Kasuistik des Ileus acutus während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes. Przegl. lek. Nr. 23. (Es handelt sich um einen Fall von Ileus im Wochenbett, entstanden durch Torsion des Dünndarms, und drei weitere Fälle von Ileus durch Torsion der Flexur; davon einmal während der Geburt und zweimal in der Schwangerschaft. In allen Fällen wurde durch Operation Heilung erzielt.)

73. Mayer, A., Die Pyelitis und ihre Beziehungen zu Schwangerschaft. Gyn. Rundschau. 1913. Heft 2. p. 449. (Ausser dem aszendierenden Wege nimmt Verf. auch den deszendierenden auf dem Blutwege an und die Herkunft insbesondere vom Darm.)

74. Medling, W. L., Pulmonary Oedema with especial reference to pregnancy. Journ. Tenessee Med. Assoc. p. 428.

75. Menge, Bemerkungen zum Infektionsmodus bei der Pyelitis des Weibes. Mittelrhein. Ges. f. Geb. u. Gyn. u. Oberrhein. Ges. f. Geb. u. Gyn. Gemeinschaftl. Sitzg. vom 26. Okt. 1913 in Heidelberg. Zentralbl. f. Gyn. p. 630. (Aszendierende Infektion mit Prädisposition durch Harnstauung usw. angenommen.)

76. Meyer, Leopold, Et Tilfaelde af Appendicitis i Svangerskabet. (Ein Fall von Appendizitis in der Schwangerschaft.) Ges. f. Gyn. u. Obst. Kopenhagen. 3. Dez. 1913. Ref. Ugeskr. f. Laeger. p. 1884—1885. (Der Fall war mit Pyelitis kompliziert; keine deutlichen peritonealen Symptome. Operation der im sechsten Monat schwangeren Frau. Heilung p. p. Rechtzeitige Geburt.) (O. Horn.)

77. Middlemiss, A case of bronchial asthma associated with pregnancy treated by hypnotism. Brit. Med. Journ. II. p. 94.

78. Mühlbaum, Die Prognsoe bei Chorea gravidarum. Prakt. Ergebn. VI. p. 55. (Sehr gute Zusammenstellung der heutigen Erfahrungen.)

79. Novak, S., O. Porges und R. Strisower, Über eine besondere Form von Glykosurie in der Gravidität und ihre Beziehungen zum echten Diabetes. Zeitschr. f. klin. Med. 78. Heft 5 u. 6. Deutsche med. Wochenschr. p. 979. (Der Blutzucker bei der Glykosurie der Schwangerschaft ist meist nicht erhöht. Es ist nicht der Ausdruck der Schwäche des Kohlehydratstoffwechsels. Nur bei schweren Fällen kommt die Unterbrechung der Schwangerschaft in Frage.)

80. Opitz, Neue Beiträge zur Pyelitis gravidarum. Gyn. Rundschau. 1913. Heft 2. p. 450. (Verf. hat in zwei Drittel der Fälle bei Schwangeren Bakterien im Harn gefunden, aber nur in einem Fünftel der Fälle gleichzeitig Eitergehalt. Meistenteils handelt es sich, in letzteren Fällen wenigstens, um das Bacterium coli. Ohne den deszendierenden Weg zu leugnen, nimmt er den aszendierenden als sicher bestehend an.)

81. Pasteau, O., Considérations sur l'étiologie et le traitement de la pyélonéphrite gravidique. Revue mens. de gyn., d'obst. et de péd. Août 1913. (Verf. tritt für einfache Behandlung ein, die in den allermeisten Fällen zum Ziel führt. Die Entfernung der Niere ist nur sehr selten notwendig.)

82. Pazzi, Pathologische Schwangerschaft und pathologische Störung der Schwangerschaft. Ginec. X. 18. (Bei erkrankten Frauen wirkt die Gravidität direkt oder indirekt als Parasit „krankmachend". Behandlung schwer. Bei pathologisch Graviden meist Heilung möglich.)

83. Petersen, A., Ein Fall von Leukämie in der Schwangerschaft. Aus der Provinzial-Hebammenlehranstalt zu Breslau. Arch. f. Gyn. Bd. 103. Heft 2. p. 272. (Fälle von Leukämie in der Schwangerschaft sind verhältnismässig selten. Verf. teilt einen gut beobachteten Fall mit, der wenige Stunden nach der Geburt zum Tode führte. Das Kind war vorzeitig gestorben. Verf. tritt für rechtzeitige Unterbrechung der Schwangerschaft ein.)

84. Piera, L'oedème chez la femme enceinte. La signification, son pronostic; son traitement. Journ. sages-femmes. p. 43, 51.

85. Plauchu, Fälle von Schwangerschaften nach partiellen Adnexoperationen. Lyon méd. Nr. 16. p. 1433. (Sammlung bisheriger Fälle. Keine eigene Beobachtung.)

86. Porta, Ein Fall von angeborenem Herzfehler bei einer Schwangeren. Rassegna d'ost. e Ginec. Vol. 23. Nr. 1. (Ein Fall der Art. Zweimal Abortus, einmal künstliche Frühgeburt wegen schwerer Störungen. Verf. will den Eingriff nicht stets, sondern nur bei dringenden klinischen Erscheinungen machen.)

87. Remy, S., et A. Remy, Un cas de mort per embolie au cours de la grossesse. Soc. d'obst. et de gyn. de Paris. p. 348. Revue mens. de gyn. p. 253. (Ausgang thrombosierte Venen.)

88. Reichold, Über die Adrenalinämie in der Schwangerschaft. Inaug.-Diss. Erlangen 1913. (Kein Unterschied gegen die Norm.)

89. Rissmann, P., Hat es für den Frauenarzt Wert, eine „akute gelbe Leberatrophie" in der Schwangerschaft zu diagnostizieren? Frauenarzt. 1913. p. 530. (In diesem Wort sind verschiedene Krankheiten vereinigt, die man trennen sollte.)

90. Rogoff, Amaurosis und Gravidität. Wratsch. p. 260. (Trotz künstlicher Frühgeburt keine Besserung.)

91. *Rosenstein, Appendizitis und Gravidität. Breslauer Gyn. Ges. 28. Okt. 1913. Zentralbl. f. Gyn. p. 142. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. 1.

92. Rudaux, De l'occlusion intestinale au cours de la gravidité. Clin. de Paris. p. 297. (Pelvi peritonitis Ursache.)

93. — Pyelonéphrite gravidique. Diagnostic et traitement. Clin. Paris. p. 75.

94. Rüder, Vaginale Kolpohysterotomie bei Herzinsuffizienz am Ende der Gravidität. Geb. Ges. Hamburg. 13. Jan. Zentralbl. f. Gyn. p. 560. (Ein Fall; nur hinterer Schnitt.)
95. Sauvage und Vincent, Anémie pernicieuse de la grossesse. Ann. de gyn. Tome XI. p. 24. (Verschlimmerung in der Schwangerschaft, totfaule Frucht, dann Besserung. Ätiologie Syphilis.)
96. Scheidemann, H., Herzfehler und Schwangerschaft. Inaug.-Diss. Göttingen 1913.
97. Scheveler, Contribution à l'étude de l'anémie pernicieuse de la grossesse. Thèse de Nancy. 1913.
98. Schickele, G., Beitrag zur Kenntnis der Pyelitis und Nierenbeckenerweiterung während und ausserhalb der Schwangerschaft. Arch. f. Gyn. Bd. 98. p. 221. (Verf. teilt die Krankheit in vier Gruppen: 1. solche mit Erkrankungen in der Umgebung des Genitalkanals; 2. solche ohne Erkrankungen des Genitalkanals; 3. solche, bei denen während der Schwangerschaft keine Zeichen von Pyelitis sich ergeben haben; 4. endlich solche, in denen während der Schwangerschaft die typischen Schmerzen der Pyelitis vorhanden waren. Die Pyelographie wird für die Diagnostik warm empfohlen; sie ermöglicht die Erweiterung des Nierenbeckens zu erkennen.)
99. Simson und Bernstein, Puerperale Koliinfektion und Infektionsmöglichkeiten in der Schwangerschaft. Brit. Med. Journ. April 4.
100. Smit, L., Ein Fall von doppeltem Volvulus während der Gravidität. Medicinsk Revue. Bergen. p. 317. (26jährige Bäuerin. IIpara. Gegen Ende der Schwangerschaft Leibschmerzen, Erbrechen, kein Abgang von Stuhl noch Winden. Auf der Seereise zum Krankenhause gebar die Frau spontan ein lebendes Kind, das jedoch bald starb. Ca. 12 Stunden später Laparotomie. S. Romanum 360° gedreht, total gangränös. Der ganze Dünndarm samt Cökum, Colon ascendens und die Hälfte des Colon transversum um 180° gedreht. Diese Därme zeigten keine Ernährungsstörungen. Der gangränöse Darm wurde hervorgelagert. Der nach der Demarkation entstandene Anus praenaturalis konnte schliesslich geschlossen werden und die Frau genas.)
(Kr. Brandt.)
101. Spoliansky, Appendizitis in der Schwangerschaft. Inaug.-Diss. München 1913. (Ein Fall der Art.)
102. v. Strait, Tetanus uteri mit tödlichem Ausgang. Niederrhein.-westfäl. Ges. f. Gyn. u. Geb. 20. April 1913. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 17. p. 628. (43jährige VIIIpara. Die Schmerzen im sechsten Monat wurden als Appendizitis gedeutet. 34. Woche Schmerzanfall, Kollaps, Sectio caesarea vaginalis, Kind tot. Altonia uteri. Kind tot. Tetanus vielleicht Folge einer Peritonitis nach Perforation einer Appendix.)
(Heimann.)
103. Thaler, Leukämie und Schwangerschaft. Geb.-gyn. Ges. in Wien. Sitzg. vom 10. Febr. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 29. p. 1029. (40jährige 9. Gebärende, fieberhafte Erkrankung des Rachens, dann Nasenbluten und schwere Anämie. Leichte Temperaturerhöhung, skorbutartige Veränderungen des Zahnfleisches, Geburt einer toten Frucht im neunten Monat. Diagnose musste auf Leukämie gestellt werden. Bei der Frucht Hydrothorax mit zahlreichen Ekchymosen an den serösen Häuten, Stauung im Bereiche der Nieren, Milz nicht wesentlich vergrössert, das Kind also frei von Leukämie, aber nach Meinung des Verf. doch durch das Toxin geschädigt.)
104. Thies, Neuritis cruralis in der Schwangerschaft. Zentralbl. f. Gyn. p. 446. (Besserung durch Chinin, Verschwinden nach der Geburt.)
105. Thompson, N. P., Akute Magendilatation in graviditate. New York Med. Journ. p. 934. Nr. 19. (Unklare Ätiologie.)
106. Tylecote, Schwangerschaftsgelbsucht mit auf die Nachkommen vererbter Gelbsucht. Lancet. I. p. 1696. (In acht Schwangerschaften trat jedesmal im dritten Monat die Gelbsucht auf und dauerte bis drei Monate nach der Geburt. Sieben Kinder litten gleichfalls an Gelbsucht, von diesen starben sechs. Nach der letzten Geburt blieb die Leber krank.)
107. Vautrin, Les fausses appendicites de la grossesse. Soc. d'obst. et de gyn. de Paris. p. 351. (Fünfmal falsche Diagnose!)
108. Vicarelli, G., Gewerbekrankheiten in Beziehung zu Schwangerschaft. Ann. di Ost. 31. März. (Vicarelli hat eine Zusammenstellung gemacht, aus der hervorgeht, dass Fabrikarbeiterinnen durchschnittlich kleinere Kinder gebären, als sonst der Gegend entspricht; auch sind sie nicht imstande, ihre Kinder zu stillen. Landarbeit ist nicht so unhygienisch. Gewerbekrankheiten durch Vergiftung mit Blei, Arsen, Antimon usw. sind besonders für die Fortpflanzung von schädlichem Einfluss.)

109. Wanner, Richard, Akute Appendizitis und Gravidität. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 25. p. 1391. (Viermal wurde die Schwangerschaft erhalten; einmal trat Frühgeburt ein bei einer Patientin, welche an Peritonitis starb.)

110. Webster, The conduct of pregnancy and labor in acute and chronic affections of the heart. Amer. Gyn. Soc. Vol. 38. p. 223. 1913. Surg., Gyn. and Obstr. Vol. 17, 3. Am. Journ. of Obst. Vol. 68 p. 315. (Akute Erkrankungen des Herzens sind in der Schwangerschaft stets bedenklich und verlangen unbedingt den Abortus, wenn die Kompensationsstörungen nicht durch Bettruhe und Medikamente beseitigt werden können. In späteren Monaten der Schwangerschaft trat eine Erkrankung des Herzmuskels selten ein. Frauen mit chronischem Herzfehler müssen in der Schwangerschaft eine schwere Schädigung erblicken. In den letzten Monaten ist zuweilen eine Behandlung mit Strophantus oder Digitalis angezeigt. Gelingt es nicht, die Kompensationsstörungen zu beseitigen, so muss die Schwangerschaft unterbrochen werden. Die Geburt ist abzukürzen.)

111. Weymeersch, Pyélonéphrite gravidique guérie par auto-vaccin. Scalpel et Liége méd. Jahrg. 66. Nr. 48. p. 775—777. (Die Heilung erfolgte hier erst nach Entleerung des Uterus. Die Heilung durch die Autovakzine beweist also in diesem Fall nicht viel.)

112. White, Cl., A description of the ductless glands from a case of acute thyreoid enlargement of pregnancy. Journ. Obst. Gyn. Brit. Emp. 1913. Vol. 24. p. 271. (Plötzliche Vergrösserung einer lange bestehenden Struma in der Schwangerschaft, vorzeitige Geburt. Tod am Tage danach. Annahme ungenügender Arbeit endokriner Drüsen.)

113. *Wilcox, R. W., Die Therapie von Diabetes und Schwangerschaft. Monthly Cyclop. July 13.

114. Wolff, A., Essentielle (perniziöse) Anämie und Gestationsvorgänge. Aus der Heidelberger Universitäts-Frauenklinik. Deutsche med. Wochenschr. p. 643. (Ein Fall der Art, der genau untersucht wurde. Patientin wurde gebessert, das Kind starb. Verf. spricht sich gegen die künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft aus, weil er der Meinung ist, dass durch die Geburt selber bei dem späten Auftreten der perniziösen Anämie meist noch eine Heilung erzielt wird.)

115. Zimmermann, Beitrag zur Pyelitis gravidarum. An der Hand von Bakterien Harnuntersuchungen. Zeitschr. f. gyn. Urol. Bd. 5. p. 56.

116. Zoeppritz, B., Schwangerschaft und Nephrektomie. Zeitschr. f. urol. Chir. Bd. 3. p. 48. (Die Gefahren einer neuen Schwangerschaft für Nephrektomierte sind nicht so gross, wie man denken sollte.)

117. Zuloago, De l'insufficance surrénale dans la grossesse. Arch. mens. d'obst. et de gyn. p. 433. (Mangelhafte Nebennierenfunktion kann in der Schwangerschaft besonders leicht schädigen.)

Frauen mit Diabetes werden seltener schwanger; die Schwangerschaft ist aber eine Schädlichkeit; auch ist die Prognose für die Kinder nicht gut. Wilcox (114) hält die Einleitung der Geburt zu jeder Zeit der Schwangerschaft für geboten. Bei Hydramnios und Tod des Kindes, sowie bei Verschlimmerung des Diabetes oder bei Azidosis soll die Schwangerschaft sofort unterbrochen werden.

Der gleichen Meinung ist Fruhinsholz (37). Er hat drei derartige Fälle beobachtet und meint, dass die Frauen nicht selten daran zugrunde gehen.

Rosenstein (91) berichtet, dass ein- bis zweimal auf 1000 Schwangere Appendizitis vorkommt. Die Krankheit ist in der Schwangerschaft gefährlich. In leichten Fällen ist die Gravidität gewissermassen nur Nebenerscheinung. Bei mittelschweren und schweren Fällen ist sie dagegen von ernster Bedeutung und die Prognose wird um so schlechter, je später man die Krankheit erkennt und operiert. Besonders gefährlich ist es, wenn es zum Abortus und Frühgeburt kommt. Die Diagnose wird ausführlich besprochen. Man muss jederzeit bei Appendizitis in der Schwangerschaft operieren, aber niemals die Schwangerschaft unterbrechen. Bericht über einen Fall.

Die Ergebnisse Hinselmanns (52) lassen sich folgendermassen zusammenfassen:

Das Serum Schwangerer mit Albuminurie spaltet Plazentareiweiss und Pepton. Aus der Untersuchung des Harneiweisses hat sich kein Anhaltspunkt dafür gewinnen lassen, dass Harneiweiss Plazentareiweiss ist oder enthält. Verf. meint, dass nur fortlaufende Untersuchung einzelner Fälle die Frage entscheiden kann, ob das blutfremde Eiweiss überhaupt etwas mit der Schwangerschaftsalbuminurie zu tun hat. Verf. will das Serum Albuminurischer bei jeder einzelnen Untersuchung womöglich prüfen aus seiner Einwirkung auf Plazenta-Harneiweiss und Plazenta-Pepton.

Komplikation der Schwangerschaft mit Erkrankungen und Tumoren der Genitalorgane[1], Traumen, Lageveränderungen usw.

1. Arnavar, G., Isterectomia totale addominale per fibromiomi uterini complicati da gravidanza al secondo mese. Gazz. d. Osp. 1913. p. 1511.
2. v. Assen, Myom mit Stieldrehung in der Schwangerschaft. Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. I. p. 2284. (Ileus. Operation des Tumors im dritten Monat. Schwangerschaft erhalten.)
3. Azis-Fikret, Symptômes et diagnostic des tumeurs de l'ovaire pendant la grossesse et le travail. Gaz. de gyn. p. 129. (Ein Fall Vereiterung im Wochenbett.)
4. Becking, Myomnekrose während der Schwangerschaft. Ned. Maandbl. v. Verl. en Vrouwenz. III. p. 18, 75. (Sechs eigene Fälle.)
5. Berecz, Karzinom und Gravidität. Sectio caesarea, Wertheimsche Operation. Gyn. Sekt. d. Ungar. Ärztevereins. Budapest, 8. Dez. 1913. Zentralbl. f. Gyn. p. 804. (Geheilt.)
6. Bertlich, H., Schwangerschafts- und Geburtsstörungen bei Missbildung des Uterus, speziell bei Uterus bicornis. Inaug.-Diss. Heidelberg 1913. Wiener klin. Rundschau. p. 303. (Neigung zur Frühgeburt. Empfehlung der Strassmannschen Therapie.)
7. Cullen, Schwangerschaft nach Ovarienresektion wegen beiderseitigen multilokulären Ovarialzysten. John Hopkins Hosp. Bull. 1913. p. 396.
8. Davis, A. B., Myomectomy et the eighth Week, Pregnancy not interrupted; normal delivery at Term. Amer. Journ. of Obst. Nov. 1913. Vol. 68. p. 865. (Zwei Fälle der Art. Operation in der achten Woche. Geburt am normalen Ende.)
9. Deletrez, Kystes dermoides des deux ovaires et grossesse. Soc. belge de gyn. et d'obst. p. 461. (Eine Operation mit Erfolg.)
10. Dublanc, Epithelioma du col et grossesse. Thèse de Bordeaux. 1913. (Nichts Neues.)
11. Edelberg, Röntgenstrahlen und Schwangerschaft. Berl. klin. Wochenschr. 6. Juli. p. 1253. Nr. 27. (In einem Falle wurde bei Beginn einer Schwangerschaft wegen Myom mit X-Strahlen behandelt. Trotzdem ging die Schwangerschaft gut zu Ende.)
12. Framond, De la rupture des kystes de l'ovaire pendant la grossesse. Thèse de Montpellier. 1913.
13. Frank, W. L., Myomectomy for necrotic fibroid during the fourth Month of pregnancy; normal Labor; Pyelitis post partum. Amer. Journ. of Obst. Sept. 13. Vol. 68. p. 97. (Ein Fall derart.)
14. Gérard, De la laparotomie dans le rétroversion irriductible de l'utérus gravide. Thèse de Lyon.
15. Goinard et Laffont, Myomectomie au 3. mois de la grossesse. Soc. d'obst. et de gyn. de Paris. p. 415. (Schwangerschaft nicht unterbrochen.)
16. Goullioud, Cinq cas de grossesse après Myomectomie. Ann. de gyn. et d'obst. Juin. Tome 11. p. 350. Lyon méd. II. (Bericht über fünf Fälle, in denen eine Schwangerschaft nach Myomektomie eintrat.)
17. Graff, E. v., Über den Einfluss der Gravidität auf das Wachstum maligner Tumoren. Wiener klin. Wochenschr. p. 7. (Experimente an Tieren mit positivem Ergebnis.)
18. Gross, E., Myomnekrose in der Schwangerschaft. Prager med. Wochenschr. p. 114. (Ein Fall. Operation. Bestehenbleiben der Schwangerschaft.)

[1]) s. a. oben p. 47, 162 u. 234.

19. Grosse, A., Volumineux kyste du ligament large et grossesse; ablation du kyste; continuation de la grossesse. Gaz. méd. de Nantes. 1913. p. 948. (Geburt am normalen Ende.)

20. — et Pasquereau, Fibrome utérin compliqué de grossesse. Hystérectomie. Guérison. Revue mens. de gyn. p. 665.

21. Henkel, Partielle Aussackung der hinteren Uteruswand bei Gravidität. Naturwiss.-med. Ges. Jena. Münchn. med. Wochenschr. 1913. Nr. 51. p. 2853. (Adhäsionen im Douglasschen Raum. Laparotomie, Heilung.)

22. Hendon, G. A., Uterine fibromyoma in pregnancy. Casuistic memoranda. Amer. Journ. of Surg. 1913. p. 429. (Abortus folgte sofort.)

23. Josephson, C. D., Ein Fall von Retroflexio uteri gravidi incarcerata. Verhandl. d. obst.-gyn. Sekt. d. Ges. Schwed. Ärzte. Hygiea. (Verf. benutzte bei der Reposition den Quecksilberkolpeurynter; 500 ccm Quecksilber wurde dabei gebraucht.)
(Silas Lindqvist.)

24. Jung, Behandlung der Inkarzeration des schwangeren Uterus. Deutsche med. Wochenschrift. p. 681. (Nichts Neues.)

25. Koblank, Myomatöser gravider Uterus nach Röntgenbehandlung. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin. Sitzg. vom 11. Dez. Berl. klin. Wochenschr. p. 21. (Nichts Charakteristisches.)

26. Kowner, E., Über die Beziehungen zwischen Uterustumoren und Schwangerschaft. Inaug.-Diss. Bern 1913. (Statistik über Myom und Sterilität. Annahme der Wirkung von Myomhormonen beim Ausbleiben der Ovarialtätigkeit.)

27. Kreutzmann, A case of extraperitoneal intraligamentous dermoid cyst and pregnancy. California Journ. of Med. p. 194. (Operation im vierten Monat.)

28. Kubinyi, Teratoma ovarii neben Gravidität, Laparotomie. Zentralbl. Nr. 22. p. 810—811. Budapest. Sitzg. vom 8. Dez. 1913. Ungar. Ärzteverein. (Ein Fall der Art, bei dem Verf. beide Ovarien und den Uterus entfernt, weil er bei Teratom Bösartigkeit fürchtet. Glatte Heilung.)

29. *Landau, L., Myom und Schwangerschaft. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 31.

30. Lepage, Kyste de l'ovaire et grossesse. Soc. d'obst. et de gyn. de Paris. p. 181. (Ovariotomie im siebenten Monat. Schwangerschaft erhalten.)

31. Lehmann, Demonstration eines operativ entfernten graviden Uterus mit Myomen. Münchn. med. Wochenschr. p. 790.

32. Lockyer, C., Multiple Fibroids removed during the sixth month of pregnancy. Royal Soc. of Med. Sect. of Obst. and Gyn. 5. March p. 221. Journ. of Obst. and Gyn. Brit. Emp. Vol. 26. p. 289. (Geburt am normalen Termin.)

33. Marchal, Ein Fall von Uterus bicornis unicollis myomatosus gravidus. Inaug.-Diss. Strassburg. (Ein Fall der Art. Durch Laparotomie festgestellt.)

34. Marshall, G. B., Case of uterus bicornis bicollis, six months pregnancy right horn, pyometra left horn. Journ. Obst. Gyn. Brit. Emp. p. 197. (Genesung nach Frühgeburt.)

35. Maxwell, Drummond, Fibroid uterus removed after the third stage of labour. Royal Soc. of Med. Sect. of Obst. and Gyn. March 5. Journ. of Obst. and Gyn. Brit. Emp. Vol. 26. p. 290. (Starke Blutung, deshalb abdominale Uterusexstirpation.)

36. Meyer, Leopold, Ovarialzyste, tjaernel fra en Pt. gravid i M. VII. (Ovarialzyste, entfernt von einer im siebenten Monat schwangeren Frau.) Dem. Ges. f. Gyn. u. Obst. Kopenhagen. Ref. Ugeskr. f. Laeger. p. 1880. (O. Horn.)

37. Nubiola, Fall von Schwangerschaft mit Beckenechinococcus. (Spanisch.) Progr. de la clin. 1913. p. 240. (Operation im Puerperium, Kind war tot gekommen.)

38. Orlandi, Komplikation der Schwangerschaft durch zystischen Ovarialtumor. Ovariotomie. Postoperative Glykosurie. Rass. d'ost. e gin. XXII. Nr. 9. (Heilung.)

39. Peterson, E. W., A case of degenerated uterine fibroids with pregnancy, simulating ectopic pregnancy. Post-graduate. Vol. 29. Nr. 6. p. 417—419. (Woher die Nekrose des Myoms entstanden war, unklar.)

40. Puech et Vanverts, Traitement des tumeurs de l'ovaire au cours de la grossesse. Revue prat., d'obst. et de gyn. p. 7. (Jederzeit Operieren.)

41. Rapin, O., Ventrofixation des retroflektierten schwangeren Uterus. Revue méd. de la Suisse Romande. Vol. 34. Nr. 7. p. 449. (Schwangerschaft ging ungestört zu Ende.)

42. Rieck, Myome, zwischen denen der schwangere Corpus uteri liegt. Geb. Ges. Hamburg. 3. Dez. 1913. Zentralbl. f. Gyn. p. 312. (Operativ gewonnen.)

43. Rooy, van, Myom und Schwangerschaft. Ned. Maandschr. v. Verl. p. 343. (Kaiserschnitt am Ende der Schwangerschaft. Heilung.)
44. *Ruge II, Karl, Über Gynatresien in der Gravidität. Arch. f. Gyn. Bd. 102. p. 264.
45. Schauta, Ovarialtumor und Gravidität. Wiener med. Wochenschr. p. 141. (Nichts Neues.)
46. — Ein Fall von Osteomalacie und Schwangerschaft. Wiener med. Wochenschr. p. 109. (Abdominale Uterusexstirpation des in der fünften Woche graviden Uterus einschliesslich des Ovarium.)
47. Schiller, Retroversio uteri gravidi. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 128. (Falsche Diagnose. Laparotomie. Künstlicher Abortus. Tod.)
48 Semon, Myom und Gravidität bei Retroflexio uteri. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 255. (Supravaginale Uterusexstirpation.)
49. Schlichting, Schwangerschaft bei fixierter Retroflexio uteri, kompliziert durch Wurmfortsatzentzündung. Deutsche militärärztl. Zeitg. p. 259. (Ein günstig verlaufener Fall.)
50. Skutsch, Uterus myomatosus gravidus. Zentralbl. f. Gyn. p. 450. (Supravaginale Amputation.)
51. Smith, J. Howie, A uterus Didelphys, both horns of which have been pregnant at different times. The Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 25. Nr. 2. p. 84. (Inhalt im Titel.)
52. Soubeyran et Oeconomos, Fibrome de l'utérus gravide. Revue franç. de méd. et de chir. p. 119. (Abdominale Hysterektomie. Heilung.)
53. Stevens, Uterine fibroids; one impacted in the pelvis obstructinq delivery; caesarean hysterectomy. Royal Soc. of Med. Obst. Sect. p. 182. (Supravaginale Amputation, Heilung.)
54. Sullivan, R. Y., Pregnancy and labor complicated by carcinoma of the cervix uteri. Amer. Med. Assoc. p. 1715. (Ein Fall. Porrosche Operation in der 32. Woche. Mutter und Kind tot. Sonst nichts Neues.)
55. Unger, Vaginale Myomektomie am schwangeren Uterus. Russ. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. 28. p. 1638. (Schwangerschaft erhalten.)
56. Wall, Stieltorquierte Ovarialzyste bei Grav. mens. V. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 242. (Schwangerschaft nach Ovariotomie ungestört.)
57. Weise, Uteruskarzinom und Schwangerschaft. Inaug. Diss. Jena 1913.

Landau (29) unterscheidet Myome, bei denen 1. in der Schwangerschaft keine Beschwerden bestehen und unter der Geburt keine Komplikationen zu befürchten sind. Keine Behandlung nötig.

2. Myome mit starken Beschwerden während der Schwangerschaft. Man soll möglichst das Myom ausschälen. Von 14 Frauen trugen 13 aus.

3. Myome, die in der Schwangerschaft ohne Beschwerden bleiben, bei denen man Geburtsstörungen zu fürchten hat. Hier soll man die Geburt abwarten.

4. Myome, bei denen die Fortdauer der Schwangerschaft das Leben gefährdet. Hier verwirft Landau den künstlichen Abortus; man soll vielmehr den Uterus gravidus exstirpieren.

Karl Ruge jun. (44) hat die sehr interessante Verwachsung des inneren Muttermundes, wie sie ausnahmsweise in der Schwangerschaft vorkommt, untersucht. Sie hat nichts zu tun mit der Verklebung des äusseren Muttermundes. Es handelt sich anatomisch — nach den vortrefflichen Untersuchungen — um einen völligen Muskelverschluss am inneren Muttermund. Ruge nimmt an, dass hierbei die Ursache zu liegen hat in einer Entzündung, welche an operative Eingriffe oder an infektiöse Prozesse, wie Lues, sich anschliesst. Wichtig ist übrigens der anatomische Nebenbefund. Ruge weist nach, dass das Cervixepithel und die Drüsen der Cervix während der Schwangerschaft bisweilen Mehrschichtung und Fensterungen zeigen, die er gleichfalls als Folge von entzündlichen Vorgängen ansieht. Ausserdem dringt das Plattenepithel der Portio bisweilen hoch in die Cervix hinaus. Es ist das wichtig zu wissen, um etwa nicht zu glauben, adss hier maligne Veränderungen vorliegen.

Krankheiten des Eies, intrauteriner Fruchttod, abnorm lange Retention des abgestorbenen Eies.

1. Albeck, To Tilfaelde af Mola hydatidosa. (Zwei Fälle von Mola hydatidosa.) Dem. Ges. f. Gyn. u. Obst. Kopenhagen. Ref. Ugeskr. f. Laeger. p. 1886. (O. Horn.)
2. Aron, De l'indépendance qui existe entre le développement du placenta et celui de l'embryon. (à propos d'un cas de grossesse ovarienne.) Bibl. anat. Tome 24. p. 105. (Plazenta war nach dem Fruchttod weiter gewachsen.)
3. Ballantyne, J. W., and J. Young, Fatal case of hydatiform mole. Tr. Ed. Obst. Soc. 1913. p. 267. („Destruierende" Blasenmole.)
4. Bégouin et Andérodias, Môle hydatiforme avec hypertrophie kystique des ovaires simulant une hématocèle avec kyste de l'ovaire. Soc. d'obst. et de gyn. de Paris. p. 116.
5. Buzzoni, Due casi di mola vescicolare nella pratica ostetrica. Mola recidivante. Arte ost. 1913. p. 353. (Kasuistik.)
6. Cary, E., Tod eines ausgetragenen Kindes durch Umschnürung der Nabelschnur von amniotischen Bändern; Ruptur des Amnions; Hydramnios. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 18. Nr. 3. (Ein Fall der Art mit Ruptur des Amnions.)
7. Chambrelent, Sur un cas d'hydramnios à marche aiguë dans une grossesse gémellaire. Bull. de la soc., d'obst. et de gyn. de Paris. Jahrg. 3. Nr. 5. p. 432—436. (Unterbrechung der Schwangerschaft. (Fünfter Monat. Heilung.)
8. Engelhard, I. L. B., Over Angioma placentae. Ned. Tijdschr. v. Verlosk. en Gyn. 23. Jahrg. 3. Aufl. (Der Verf. gibt eine Beschreibung einer Plazenta bei einer VIII para wegen Blutung, mittelst Credé entfernt nach Geburt eines ausgetragenen, lebensfrischen Kindes von 3500 g. An der fötalen Seite eine prominierende Schwellung dicht beim Rande der Nachgeburt an der der Insertionsstelle des Nabelstranges gegenüber gestellten Seite; die Schwellung ist 9 zu $6\frac{1}{2}$ bei $3\frac{1}{2}$ cm und ragt nach dem Fruchtsack hin hervor. Die Oberfläche ist glatt; in der Mitte eine Grube, welche die Geschwulst in einen kleineren, dunklen, und einen grösseren weissen Teil teilt. Die Geschwulst ist reich an starkgefüllten Gefässen. Verf. gibt dann einen Überblick über die genauere Struktur der Geschwulst mit Abbildungen und dem mikroskopischen Befund mit Mikrophotographien, woraus hervorgeht, dass die Geschwulst ein Angiom sei, mit Chorionzellen bekleidet und ganz unter dem Chorion gelagert. Sie ist also ausgegangen von den kindlichen Gefässen. Verf. gibt dann eine Literaturübersicht von ähnlichen Fällen und spricht über die klinische Bedeutung, wobei er zu dem Schluss kommt, dass als sicher anzunehmen sei, dass das Angiom in den meisten Fällen Veranlassung gibt zur Stauung im kindlichen Kreislauf, während der Einfluss auf den Stoffwechsel der Mutter und eventuelles vorzeitiges Austreiben der Frucht noch fraglich sei.) (Mendes de Leon.)
9. Essen-Möller, Disc. til Hauch: To Tilfaelde af partiel Mola hydatidosa. (Diskussion zu Hauch: Zwei Fälle von partieller Mola hydatidosa.) Ges. f. Gyn. u. Obst. Kopenhagen. Ref. Ugeskr. f. Laeger. p. 1886—1887. (O. Horn.)
10. Ferguson, Unusual case of hydatiform mole, dealt with by abdominal hysterectomy. Tr. Ed. Obst. p. 260. (Warum supravaginal Uterus amputiert wurde, ist nicht recht klar.)
11. Fraipont, Grossesse môlaire prise pour une fibroma utérus. Scalpel et Liège méd. 1913. p. 381. (Durch Laparotomie geheilt. Diagnose nicht gestellt.)
12. Gaujoux, Rétention prolongée jusqu'au 9 mois d'un foetus mort au 4 mois de la grossesse. Soc. d'obst. et de gyn. de Paris. p. 343.
13. Gomma, Rétention d'un foetus mort pendant 4 mois après un début de travail et la perte des eaux, au terme normal de la grossesse. Evacuation spontanée. Bull. de la soc. d'obst. et de gyn. de Paris. Jahrg. 3. Nr. 2. p. 129—131. (Ursache Endometritis.)
14. Gonnet, Un cas de grossesse extramembraneuse. Soc. d'obst. et de gyn. de Paris. III. p. 35.
15. Gromadzki, H. v., Ein Beitrag zur Lehre von der Blasenmole, mit besonderer Berücksichtigung der Pathogenese. Inaug.-Diss. Halle 1913.
16. Gröne, O., Soll ein Inhalt in einer entbundenen Gebärmutter sich selbst überlassen werden oder entfernt werden? Verhandl. d. obst.-gyn. Sekt. d. Ges. Schwed. Ärzte.

Hygiea. (Der Verf. nimmt eine vermittelnde Stellung zwischen aktivem und konservativem Vorgehen ein, verwendet eine sogenannte relativ aktive Behandlung. Verf. ist der Meinung, dass jeder Inhalt in der entbundenen Gebärmutter entfernt werden soll, ehe die Patientinnen die Anstalt verlassen.) (Silas Lindqvist.)

17. Grünbaum, Demonstrationen. Ei mit nur teilweise zu Blasenmole entarteter Plazenta und erhaltenem Embryo. Nürnberger med. Ges. u. Poliklinik. Sitzg. vom 9. Juli. Münch. med. Wochenschr. p. 2384.
18. Hauch, To Tilfaelde al partiel Mola hydatidosa. (Zwei Fälle von partieller Mola hydatidosa.) Dem. Ges. f. Gyn. u. Obst. Kopenhagen. 4. Febr. Ref. Ugeskr. f. Laeger. p. 1886. (Verf. meint, dass die partielle Mola möglicherweise von Ödem einzelner Villi herrührt und infolgedessen weniger malign sei.) (O. Horn.)
19. Hintze, Das Resultat der Behandlung von infizierten Missgeburten an der Entbindungsanstalt Södra Barnbörds lusset zu Stockholm. 1. Oktober 1912 bis 30. April 1914. Verhandl. d. obst.-gyn. Sekt. d. Ges. Schwed. Ärzte. Hygiea. (Silas Lindqvist.)
20. Hoefl, H., Phlegmonöse Entzündung der Membrana chorii. Inaug.-Diss. München 1913.
21. Huzarski, Ein Fall von „missed abortion" mit hochgradigen Blutungen. Medic. Nr. 7. (Ein Fall der Art.)
22. Jakob, Amon, Hydrorrhoea amnialis. Diss. Erlangen.
23. Josephson, C. D., Ein hydropischer Fötus und eine hydropische Plazenta. Verhandl. d. obst.-gyn. Sekt. d. Ges. Schwed. Ärzte. Hygiea. (Silas Lindqvist.)
24. Imhof, Über Blasenmole nebst Mitteilung eines Falles von Molarretention. Inaug.-Diss. Marburg 1913.
25. v. Klein, Koinzidenz einer Blasenmole mit doppelseitigem Kolloidkystom der Ovarien. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 561.
26. Knoop, Hydrorrhoea uteri gravidi amnialis. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. Heft 3. p. 402—403. (Zwei Fälle der Art.)
27. Lawson, F. W., Case of hydatiform mole. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Vol. 69. Nr. 1. p. 163—165. (Ein Fall der Art mit Genesung.)
28. Lendon, A. A., and C. T. Champion, Hydatiform mole with lutein cysts of both ovaries. Hysterectomy and double ovariotomy. Austral. Med. Gaz. p. 431. (Heilung.)
29. Lepage, G., Chorioangiome du placenta. Bull. Soc. Obst. gyn. de Paris. p. 666. (Wassermann positiv. Tumor bestand aus thrombosierten Gefässen und fibrösem Gewebe.)
30. Livon, Mole vésiculaire et chorio-épithéliome. Gaz. de gyn. Tome 29. p. 97—105. ($^3/_4$ Jahr nach der Blasenmole Entfernung des Uterus wegen Chorionepitheliom.)
31. Lobenstine, R. W., Two cases of intrauterine death of fetus. Amer. Journ. of Obst. Vol. 69. p. 695. (Ursache des Fruchttodes nicht klar.)
32. Luker, Twin pregnancy, hydatidiform mole, associated with normal ovum, abortion at four months. Lancet.
33. Mereu, Un caso di mola carnosa. Gazz. ital. d. levatr. Jahrg. 3. Nr. 7. p. 105—107. (Ein Fall der Art.)
34. Möller, W., Zur Behandlung von infizierten Missgeburten. Allm. Svenska Läkartidningen. Nr. 31. (Silas Lindqvist.)
35. Nebesky, Beitrag zur Kenntnis der Chorioangiome. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. p. 42. (Nebesky hält das von ihm beobachtete Chorioangiom für eine echte Geschwulstbildung, und zwar für ein Angiom der Zotten, ohne dass die Form der Zotte noch nachweisbar wäre. Schliesslich folgt leicht Nekrose und daher ist die Untersuchung in vielen Fällen erschwert.)
36. Pestalozza, Sulla necessità di una sorveglianza accurata delle donne che partorirono una mola vescicolare. Gaz. ital. d. levatr. Jahrg. 3. Nr. 3. p. 33—38. (Chorionepitheliom trat ein fast in 20% der Fälle von Blasenmole.)
37. Prouvost, Rétention pendant quatre mois d'un foetus mort au 4 mois de la grossesse. Expulsion de l'oeuf en bloc. Bull. de la soc., d'obst. et de gyn. de Paris. Jahrg. 2. Nr. 8. p. 680—686. 1913. (Abwartende Behandlung bewirkt keinen Nachteil.)
38. Rémy, S., Longue rétention d'un oeuf mort dans les derniers mois de la grossesse; difficultés de diagnostic. Journ. des sages femmes. p. 36. Revue mens. de gyn. (Ein Fall. 42jährige Ipara.)
39. Le Souder, Du traitement d'urgence de l'hydramnios aiguë par la ponction abdominale de l'utérus. Thèse de Paris. 1913.

40. Torkel, Missed labour. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. Heft 2. p. 240. (Ein Fall der Art.)
41. Van der Velde, Zur Hydrorrhoefrage. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 75. Heft 3. p. 514. (Experimentell versucht Verf. nachzuweisen, dass wirklich eine Hydrorrhoe besteht.)
42. Verniory, Un cas de môle hydatique avec placenta praevia. Scalpel et Liège méd. p. 678. (Warum schon nach 4½monatlicher Schwangerschaft von Placenta praevia bei Blasenmole gesprochen wird, ist nicht klar.)
43. *Westermark, F., Zur Frage der Blasenmole und der gleichzeitigen Luteinzysten der Ovarien. Verhandl. d. obst.-gyn. Sekt. d. Ges. Schwed. Ärzte. Hygiea. (Silas Lindquist.)

Westermark (43) berichtet über zwei Fälle von Blasenmole und Luteinzysten in den Ovarien. Die beiden Fälle wurden anlässlich Stieldrehung von Ovarialtumoren operiert, der erste Fall ca. zwei Monate nach, der zweite kurz vor Abgang der Mole. In beiden Fällen fanden sich zystische Veränderungen in beiden Ovarien, aber in jedem der Fälle wurde nur das stielgedrehte Ovarium exstirpiert. Die exstirpierten Tumoren bestanden, sowohl makro- als mikroskopisch, aus typischen Luteinzysten.

Der Umstand, dass der Tumor im ersten Falle erst zwei Monate nach dem Abgang der Mole operiert wurde, schliesst nicht die Möglichkeit aus, dass sie bereits vor dieser Zeit vorhanden war, obgleich sie übersehen wurde, und schliesst sich der Verf. der von Fränkel u. a. aufgestellten Hypothese an, dass die Luteinzysten im Verhältnis zur Blasenmole primär und Ursache zur Degeneration des Chorion sind. Verf. betont den gutartigen Charakter der Luteinzysten und spricht sich bestimmt für die Ansicht aus, dass sie nach Abgang der Mole allmählich resorbiert und als ein Corpus luteum ausgeheilt werden. Sie brauchen demnach in der Regel nicht operiert zu werden. (Silas Lindqvist.)

Vorzeitige Unterbrechung der Schwangerschaft, abnorm lange Dauer derselben, künstlicher Abortus, Frühgeburt.

1. Applegate, J. C., Four unusual obstetric cases. New York Med. Journ. August 1. p. 205. (Der zweite Fall partielle Blasenmole mit mazerierter Frucht. Der vierte Fall Placenta praevia im achten Monat. Kaiserschnitt.)
2. Arnoud, Krimineller Abort; akute diffuse Peritonitis; Hysterectomia abdominalis totalis. Tod nach 100 Stunden. Lyon méd. 1913. 31.
3. Barfurth, W., Über den Keimgehalt von Föten bei Abort und Frühgeburt. Beitr. z. Klinik d. Infektionskrankh. u. z. Immunitätsforschung. Bd. 3. Heft 1 u. 2. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 52. p. 1521. (100 unverletzte Föten wurden auf ihren Keimgehalt untersucht. Besonders häufig wurden Kolibakterien und Bacillus emphysematosus im Fötus gefunden. Verf. hält die Untersuchung der Föten für die Ätiologie der Aborte für sehr wichtig.)
4. Benthin, Wie kann man üble Ausgänge bei fieberhaftem Abort am besten vermeiden? Deutsche med. Wochenschr. Nr. 16. (Konservative Behandlung.)
5. Berthod, Contribution à l'étude du traitement des fausses couches. Thèse de Paris. 1913.
6. Bleichröder, Über die Zunahme der Fehlgeburten in den Berliner städtischen Krankenhäusern. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 10. (Bedeutende Steigerung der Zahl der Fehlgeburten.)
7. Borkowski, Über Blutungen in den ersten Monaten der Schwangerschaft und ihre Beziehungen zum Abort. Diss. Berlin 1913.
8. Braude, Uterusperforation mit Abreissen des Wurmfortsatzes und multiplen perforierenden Darmverletzungen, operativ geheilt. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 52. p. 778.

(Wie gewöhnlich in solchen Fällen war die Kornzange die Ursache der Verletzung. In diesem Falle wurde die Appendix abgerissen und drei Verletzungen des Dünndarms hervorgerufen, sowie das Ovarium gequetscht. Darmnaht, Appendixoperation und Uterusentfernung mit Drainage bewirkte Heilung.)

9. Bretschneider, Über zwei Fälle von Uterusperforation. Zentralbl. f. Gyn. p. 936. (Ein Fall mit Genesung nach Uterusexstirpation, ein Fall tödlich.)

10. Bublitschenko, Eine besondere Art von Cervixriss bei Abort. Journ. f. Geb. u. Gyn. p. 367. (Russisch.) (Fisteln zwischen Cervix und hinterem Scheidengewölbe; gewöhnlich sind wohl alle aufzufassen als durch kriminellen Versuch entstanden.)

11. Didier, Etude statistique sur 1000 cas d'avortement observés à la clinique Tarnier. Thèse de Paris. 1913.

12. Dirks, M., Gasphlegmone nach kriminellem Abort. Bresl. Gyn. Ges. 26. Mai. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 41. p. 1314. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. Heft 3. p. 376. (Ein Fall der Art mit tödlichem Ausgang.)

13. Ebeler, Zur Abortbehandlung. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 75. Heft 2. p. 411. (Verf. will bei septischen Aborten so aktiv wie möglich vorgehen, ohne Rücksicht auf die bakteriologische Untersuchung. Verf. gibt übrigens die Statistik der Kölner Anstalt.)

14. Feodoroff, Zur Frage der Therapie des Aborts. Verhandl. d. 12. Pirogoff-Kongr. St. Petersburg. 29. Mai bis 6. Juni 1913. Bd. 2. p. 93. 1913. (Auch in Petersburg nimmt die Zahl der Aborte zu und sinkt die Geburtenziffer. Bei fieberhaftem Abort empfiehlt er die aktive Therapie.)

15. Frank, Fragmente eines Sterilettpessars in der Schwangerschaft. Geb. Ges. Hamburg. 3. Dez. 1913. Zentralbl. f. Gyn. p. 313.

16. Frank, The effects of criminal abortion. Pediatr. Vol. 26. Nr. 2. p. 86—88. (Bei einem 15jährigen Mädchen endete der kriminelle Abort mit Entfernung der gesamten inneren Genitalien.)

17. Frankenstein, K., Blutungen in der Schwangerschaft. Fortschr. d. Med. p. 349, 389. (Verf. neigt sehr zur schleunigen Entbindung bei stärkeren Blutungen.)

18. Fleischmann, Künstlicher Abortus bei schwerer Pyelitis. Geb.-gyn. Ges. in Wien. Sitzg. vom 11. Nov. 1913. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 11. p. 407. (Gravidität im sechsten Monat. Schwere Erscheinungen mit eigentümlichem Hautexanthem. Verf. zog die Entleerung des Uterus vor mittelst Hysterotomie. Patientin starb. Diagnose bei der Sektion: Sepsis infolge von Pyelonephritis.)

19. Füth, Über die Differentialdiagnose der Blutungen bei unterbrochener Tubargravidität und bei frühem uterinen Abort (erschienen in der Med. Klinik 1913, Heft 21, p. 821). Niederrhein.-westfäl. Ges. Sitzg. vom 20. April 1913 in Düsseldorf. Monatsschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. Heft 3. p. 403.

20. Grünspan, Über Fehlgeburten. Deutsche med. Wochenschr. 1913. p. 2049. (Statistische Zusammenstellung.)

21. Hammer, Fr., Einiges über Tentamen abortus provocandi deficiente graviditate uterina, seine klinische und physiologische Bedeutung. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 75. Heft 1. p. 118. (Drei Fälle der Art.)

22. Henkel, Max, Ein Beitrag zur Lehre vom Puerperalfieber und zur Behandlung des fieberhaften Abortes. Virchows Arch. Bd. 226. Heft 3. (Verf. will nicht die bakteriologische Untersuchung, sondern das anatomische und klinische Bild die Entscheidung geben lassen, besonders die Widerstandsfähigkeit des Organismus.)

23. Herzfeld, Uterusperforation. Geb.-gyn. Ges. in Wien. Sitzg. vom 20. Mai 1913. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 7. p. 270. (Bei Lungentuberkulose Unterbrechung der Schwangerschaft. Laminaria. Ausräumung des Uterus. Mit der Löffelzange wird eine mütterliche Darmschlinge zum Muttermund herausgezogen. Laparotomie. Frucht und Plazenta liegen in der Bauchhöhle. Resektion des S romanum. Supravaginale Amputation des Uterus. Heilung.)

24. Himmelfarb, Historische Bemerkungen zur Frage des Aborts. Terap. Obosren. Heft 5. p. 141—147. (Verf. ist der Ausdehnung der Indikation zum künstlichen Abort nicht abgeneigt.)

25. Hirsch, Max, Der Bergoniésche Entfettungsstuhl als Abortivum. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 4. p. 163—164. (Verf. glaubt in zwei Fällen durch das Verfahren einen Abort haben entstehen sehen.)

26. v. Holst, Zur Behandlung der fiebernden Aborte. Gyn. Ges. zu Dresden. Sitzg. vom 23. April. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 32. p. 1146. (Verf. bleibt bei seinem bisherigen aktiven Verfahren. Von 63 infizierten Aborten sind neun gestorben; je früher die Fälle in Behandlung kommen, desto besser.)

27. Jansen, Über perforierte Uterusverletzungen und ihre Therapie. Inaug.-Diss. Berlin 1913. (11 Fälle von Uterusperforation durch Curette und Laminaria. Streng konservative Behandlung empfohlen. Uterusexstirpation nur für sehr schwere Uterusverletzungen und Perforationen bei malignen Neubildungen.)

28. Jung, Behandlung bedrohlicher Blutungen in der Schwangerschaft. Deutsche med. Wochenschr. p. 889. (Geschickte Zusammenstellung der Grundsätze, ohne übrigens wesentlich Neues zu bringen.)

29. Kirste, Präparat einer Spontanruptur des Fundus uteri im fünften Monat der Gravidität. Nürnberger med. Ges. u. Poliklinik. Sitzg. vom 25. Juni. Münchn. med. Wochenschr. p. 2383.

30. Koblanck, Die Indikation zur künstlichen Frühgeburt und deren Technik. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. 1913. 18. (Nichts Neues; gute Zusammenstellung.)

31. Kriwsky, L. A., Ein Fall von Uterusperforation bei kriminellem Abort mit Durchtritt eines Bougies in die Bauchhöhle. Journ. akusch. i shensk. bolesn. 29. p. 29.

32. Kubinyi, Die moderne Abortusfrage. Pester med.-chir. Presse. Jahrg. 50. Nr. 1. p. 7—9. Nr. 2. p. 14—15. (Bei septischen Aborten will Verf. aktiv vorgehen; bei Tuberkulose will er in der ersten Hälfte, sobald Verschlimmerung eintritt oder die Patientin fiebert und an Gewicht abnimmt, einschreiten. In der zweiten Hälfte soll man nur bei Lebensgefahr operieren. Verf. konstatiert, dass auch bei ihm die Zahl der kriminellen Aborte stark zunimmt; er lehnt die soziale Indikation ab.)

33. Kuntzsch, Über Torpidität des Uterus und ausgetragene Gravidität trotz Retention einer intrauterinen Tamponade. Zentralbl. f. Gyn. p. 199. (Das Wesentliche steht in der Überschrift.)

34. Kurpjuweit, Zur Statistik der Fehlgeburten. Zeitschr. f. Medizinalbeamte. Jahrg. 27. Nr. 4. p. 132—136. (Die Zahl der Fehlgeburten in der Stadt ist bei weitem grösser als auf dem platten Lande.)

35. Lehmann, F., Über habituelle Schwangerschaftsunterbrechung und innere Sekretion. Arch. f. Gyn. Bd. 101. Heft 1. p. 205. (Verf. spricht sich nicht genauer darüber aus, welche Drüsen im einzelnen Fall in ihrer Sekretion mangelhaft sind. Er betont aber, dass in der mangelhaften Funktion der endokrinen Drüsen die Ursache für habituellen Abort und Frühgeburt liegen kann. Eisentherapie und Jodkalium geben die besten Erfolge. Verf. deutet dies damit, dass diese in ihrer chemischen Zusammensetzung mit den Sexualorganen in Verbindung stehen.)

36. Lepage, Conduite à tenir dans les accidents consécutifs à l'avortement. Arch. mens. d'obstr. et de gyn. Tome IV. p. 226. Sept. 1913. Journ. de méd. et de chir. Jahrg. 9. Nr. 4. p. 128—131. (Verf. weicht in der Behandlungsmethode des fieberhaften Aborts insofern ab, als er die Ausstossung der Eiteile durch Medikamente, besonders durch Chinin, unterstützen will. Er will operativ erst einschreiten, wenn dies vergeblich war. Bei Fieber nach Entleerung des Uterus will er entsprechend der französischen Auffassung curettieren. Bei Eiteransammlung im Douglas Kolpotomie, eventuell Drainage der Bauchhöhle. Die Uterusexstirpation ist zwar selten, aber doch manchmal nötig.)

37. Lindemann, G., Zur Prognose und Therapie des fieberhaften Aborts. Inaug.-Diss. Leipzig. (Verf. spricht sich für aktive, aber schonende Behandlung bei fieberhaftem Abort aus.)

38. Ludwig, Die Abortbehandlung. Prakt. Ergebn. d. Geb. u. Gyn. Jahrg. 5. Heft 2. (Zusammenstellung der Erfolge aus der Berner Klinik während 10 Jahren. Die fieberlos eingelieferten Fehlgeburten genasen alle. Von 86 fieberhaften Aborten fiel nach der Ausräumung das Fieber 65mal. 18mal trat Verschlimmerung ein, dreimal der Tod. Verf. will bei fieberhaften Aborten daher aktiv vorgehen.)

39. Maillart, Une grossesse de plus de trois cents jours et l'article 252 du code civil suisse. Rev. méd. de la Suisse Rom. p. 268. (Ein eheliches Kind länger als 304 Tage nach Konzeption geboren.)

40. Mandelstamm, Eine Pandemie des artefiziellen Aborts; ihre Bekämpfung und die Indikationen zum artefiziellen Abort. Terap. Obosren. Heft 5. p. 134—141. (Verf. verwirft die soziale Indikation.)

41. Marek, Asthma bronchiale in graviditate. Casopis lék. cesk. 1913. Nr. 44. (Fälle der Art. Einmal künstliche Frühgeburt mit Besserung; einmal Kaiserschnitt mit Tod der Mutter und des Kindes.)
42. Markowa, Behandlung von fieberhaften und septischen Aborten. Przeglad lek. Nr. 6. (Gleichfalls Empfehlung des aktiven Verfahrens.)
43. Meyer-Ruegg, Die Behandlung des Abortes. Korrespondenzbl. f. Schweiz. Ärzte. Jahrg. 43. Nr. 52. p. 1730—1740. 1913. (Bei septischem Abort will Meyer nur bei entzündlichen Erscheinungen in der Umgebung des Uterus von der Ausräumung absehen, sonst stets operieren.)
44. Nicholson, When, under the present code of medical ethics, is it justifiable to terminate pregnancy before the third month; what should our attitude be toward a patient upon whom a criminal operation has been performed; what should be our attitude toward those suspected of the performance of criminal operations? Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Vol. 69. Nr. 6. p. 1004—1013. (Die soziale Indikation wird abgelehnt; der Arzt aber darf kriminelle Aborte nicht anzeigen; dagegen bei Sepsis durch den kriminellen Abort soll er polizeiliche Anzeige machen.)
45. Obmann, Fortbestand der Schwangerschaft bei uterinen Blutungen. Inaug.-Diss. Erlangen 1913.
46. Orthmann, Statistische Beiträge zur Häufigkeit der Fehlgeburten. Frauenarzt. Jahrg. 29. Heft 2. p. 59—69. (Verf. will die Zahl der Aborte zur Zahl der gebärfähigen Frauen, zur Einwohnerzahl und zur Zahl der sonst behandelten Patientinnen in Beziehung bringen. Er hebt besonders die grosse Schwierigkeit einer geeigneten Statistik hervor. In seiner geburtshilflichen Poliklinik nahmen die Aborte in neun Jahren um 5% zu; in der gynäkologischen Poliklinik nur um 0,1%.
47. Prinzing, Die Statistik der Fehlgeburten. Arch. f. Frauenk. u. Eug. Bd. 1. Heft 1. p. 21—33. (In Deutschland ist die Zahl der Fehlgeburten etwa 10% gestiegen; doch hebt Verf. hervor, dass diese Angaben noch sehr unsicher sind.)
48. Richardson, Induction of premature labor as an obstetrical procedure. St. Paul Med. Journ. Vol. 16. Nr. 4. p. 257—260. (Verf. will die künstliche Frühgeburt in der Praxis häufiger angewendet sehen, als es jetzt geschieht, besonders bei mässig engem Becken, wenn schwierige Geburten vorausgegangen sind, bei drohender Eklampsie, bei Blutungen, sowie bei Tuberkulose, Herz- und Nierenerkrankungen. Er wendet als Methode die Einlegung einer elastischen Bougie an. Nur bei gefährlichen Placenta praevia-Blutungen, sowie bei bereits ausgebrochener Eklampsie will Verf. das Accouchement forcé empfehlen.)
49. Richter, M., Über Luftembolie bei krimineller Abtreibung. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. Heft 5. p. 620. (Zwei Fälle durch Benutzung der Ballspritze.)
50. Rubeska, V., Die Therapie der fieberhaften Aborte. Casop. lék. Nr. 38. (Aktive Therapie bei septischen Aborten.)
51. Rupp, O., Beitrag zum gegenwärtigen Stande der Abortfrage. Inaug.-Diss. München.
52. Schaeffer, R., Über die Häufigkeit der Fehlgeburten. Frauenarzt. Jahrg. 29. Heft 2. p. 50—59. (Verf. will gleichfalls den Versuch machen, eine Verbesserung der Statistik über die Aborte herbeizuführen und meint, dass das nur an dem eigens dazu gesammelten Material möglich wäre. Auch ist er davon überzeugt, dass die Fehlgeburten kolossal zugenommen haben und wünscht die Wiedereinbringung des „Kurpfuschereigesetzes" und schärfere Beaufsichtigung der Hebammen.)
53. Schauta, F., Blutungen während der Gestation. Wiener med. Wochenschr. Nr. 25 u. 26. (Fortbildungsvorträge. Nichts Neues.)
54. Sellet, Contribution à l'étude des gestations dites prolongées. Thèse de Paris. 1913.
55. Sokoloff, L'ablation du corps jaune au début de la grossesse. Thèse de Paris. 1913.
56. Theodor, Paul, Bakteriologische Blutuntersuchungen nach Curettagen. Beitr. z. Klinik d. Infektionskrankh. u. z. Immunitätsforsch. Bd. 3. Heft 1 u. 2. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 52. p. 1521. (Bei retinierten Abortusresten fand Verf. 25mal Bakteriämie, nur einmal einen Schüttelfrost; in 10% der Fälle Temperatursteigerung. Es gibt also Bakteriämie ohne Temperatursteigerung. Verf. hält die Curettage für schonender als die Ausräumung mit dem Finger. Venenerkrankung wird aber sehr selten beobachtet.)
57. Traugott, Aktive und konservative Behandlung des Streptokokkenaborts und ihre Resultate. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 75. 2. p. 375. (Verf. will nicht allgemein den septischen Abort aktiv behandeln; er verlangt bakteriologische Untersuchung

des Uterussekrets. Bei Saprophyten soll man sofort ausräumen, bei Streptokokken konservativ sein.)

58. Tschunischin, Zur Statistik des Aborts und der Frühgeburt. Verhandl. d. 12. Pirogoff-Kongr. St. Petersburg. 29. Mai bis 5. Juni 1913. Bd. 2. p. 91—93. 1913. (Verschärfung der Strafbestimmungen für Ärzte gegen kriminellen Abortus einführen!)
59. Wallich, De l'avortement précoce. Revue de gyn. et de chir. abdom. Tome 21. p. 1. (Verf, will besonders den Abort des ersten Monats beobachtet haben und möglichst früh aktiv vorgehen.)
60. Walther, Über fieberhafte Aborte mit spezieller Berücksichtigung ihrer Therapie. Hegars Beitr. z. Geb. u. Gyn. Bd. 19. Heft 3. (Aktive Therapie.)
61. Werner, Unterbrechung einer fünfmonatigen Gravidität bei einer missgebildeten Frau. Offiz. Protokoll der k. k. Ges. der Ärzte in Wien. Sitzg. vom 30. Okt. Wiener klin. Wochenschr. p. 1465. (Chondrodystrophischer Zwerg vorgetäuscht. Es handelt sich aber um eine seltene Form der Missbildung mit abnormer Verkürzung der Unterschenkel und allerhand anderweitigen Missbildungen.)
62. — Bakteriologische Untersuchungen beim fieberhaften Abort. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 74. Heft 2/3. (Werner hat Untersuchungen bei fieberhaftem Abort gemacht. Vier Frauen starben. In 25 Fällen wurde eine Blutuntersuchung vorgenommen. nur in fünf Fällen blieben die Proben steril. Den bakteriologischen Untersuchungsbefunden will Verf. für die Therapie keine Bedeutung zuschreiben.)
63. Westberg, Fahrlässige Abtreibung. Ein Wort de lege ferenda. Deutsche Strafr.-Zeitg. Jahrg. 1. Heft 7. p. 413—416. (Verf. wünscht Berücksichtigung des Entfettungsstuhles unter den strafbaren Eingriffen.)
64. *Winter, G., Über Bedeutung und Behandlung retinierter Plazentarstücke. Monatsschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 597.
65. Wygodsky, Der artefizielle Abort vom wissenschaftlichen und sozialen Standpunkt. Verhandl. d. 12. Pirogoff-Kongr. St. Petersburg. 29. Mai bis 6. Juni 1913. Bd. 2. p. 88 bis 89. (Verf. ist einer der Ärzte, die eine Erweiterung der Indikation zur Unterbrechung der Schwangerschaft empfehlen.)

Entsprechend der Auffassung, welche Winter (64) in seinem bekannten Referat auf der Strassburger Versammlung vorgetragen hat, erörtert er nunmehr die Behandlung verhaltener Plazentarreste. Ein verhaltenes Stück macht oft keinerlei Krankheitserscheinungen. Kommt es zu solchen, so handelt es sich meist um lokale Prozesse; schweres puerperales Fieber wird dadurch nicht bedingt; nur erhöht ein verhaltenes Stück die Schwere einer Infektion, wenn sie eingetreten ist. In dem Plazentarstück die Ursache des Fiebers zu suchen, ist falsch; die Ausräumung verhaltener Plazentarstücke verläuft nur in einem Drittel der Fälle fieberlos. Die Anwesenheit hämolytischer Streptokokken ist besonders gefährlich. Eine etwaige Infektion kann vor Ausstossung des Plazentarstückes abheilen. Therapeutisch will er nach einem Plazentarstück nur suchen, wenn es sich um Blutungen handelt und nicht wegen Fiebers. Erkennt man bei der Geburt, dass Stücke verhalten sind, so muss man sie sofort entfernen und ebenso im Wochenbett bei fieberlosen Wöchnerinnen. Bei schweren Blutungen soll man sofort den Uterus austasten. Fehlen Blutungen und fühlt man einen Plazentarpolypen, so soll man abwarten und die Ausstossung durch Ergotin befördern. Kommt es nicht zur spontanen Ausstossung, so hängt die Entscheidung für Winter vom Keimgehalt ab. Bei Saprophyten will er sofort operieren, bei Keimen nicht; ebenso will er bei der Erkrankung der Anhänge die Operation vermieden wissen. Die Operation will er stets mit dem Finger vornehmen.

Extrauterinschwangerschaft, Schwangerschaft im rudimentären Horn eines Uterus bicornis.

1. Ahlström, E., Fall von Tubargravidität in dem vierten Monat mit Spina bifida des Fötus. Verhandl. d. obst.-gyn. Sekt. d. Ges. Schwed. Ärzte. Hygiae.
(Silas Lindqvist.)

2. Aron, De l'indépendance qui existe entre le développement du placenta et celui de l'embryon (à propos d'un cas de grossesse ovarienne). Bibl. Anat. Tome 24. p. 105. Ref. Zentralbl. f. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 5. p. 325. (Entwicklung einer jungen Plazenta noch nach dem Fruchttod.)

3. Beckmann, W., Über vorgeschrittene und ausgetragene Extrauteringravidität. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. Heft 2. p. 187. (Zwei Fälle der Art. Eine Xpara im siebenten Monat. Bauchhöhlenschwangerschaft. Nach Tubenruptur bei der Operation Darmverletzung. Patientin stirbt. Starke Missbildungen am Kopf und Extremitäten der Frucht. Zweiter Fall lebende, sekundäre Bauchhöhlenschwangerschaft, nach Berstung einer interstitiellen Schwangerschaft; Operation bei schlechtem Allgemeinbefinden. Tod an Peritonitis. Das 2500 g schwere Kind zeigt Missbildungen am Kopf und an den Extremitäten und stirbt.)

4. Beckmann, W. G., Über Extrauteringravidität der letzten Monate. Journ. f. Geb. u. Gyn. p. 181. (Russisch.)

5. *Bogdanovics, Ein Fall von Zwillingsgravidität mit intra- und extrauterinen lebenden Früchten. Demonstration. Gyn. Sekt. d. kgl. ungar. Ärztevereins zu Budapest. Sitzg. vom 8. Dez. 1913. (Zuerst Geburt eines lebenden Knaben von 45 cm Länge und 2030 g Gewicht. Nach 22 Tagen Laparotomie wegen Extrauterinschwangerschaft mit lebender Frucht. Die erste Frucht männlich; die zweite weiblich. Die zweite Frucht wog 2040 g und war 45 cm lang. Die Plazenta war auf dem abdominalen Ende der Tube inseriert.)

6. Bonifazio, A., Ursachen der Fehldiagnosen bei Extrauteringravidität. Inaug.-Diss. Lausanne 1912. (Mitteilung von 24 Fällen. Nichts Neues.)

7. *Bouchet, De la grossesse extrautérine récidivée. Thèse de Lyon. 1913.

8. Bovier, Abdominalschwangerschaft von sieben Monaten; elf Monate lange Retention nach dem Tode des Fötus; plötzliche Infektion der Zyste, Operation, Heilung. Lyon méd. Nr. 24. (Unter falscher Diagnose operiert. Tamponade. Heilung.)

9. *Braham, N., Zwillingstubenschwangerschaft mit Tubarabort eines Zwillings. Brit. Med. Journ. August 1. (Operation. Heilung, wenn auch unter allerhand Zwischenfällen.)

10. Bürger, Ein Fall von Extrauteringravidität am Ende der Schwangerschaft. Geb.-gyn. Ges. in Wien. Sitzg. vom 9. Dez. 1913. (Die Diagnose wurde erst gestellt bei abgestorbener Frucht, als der Uterus — bei dem Versuch, das Ei zu entfernen — leer gefunden wurde. Heilung nach Exstirpation des Uterus.)

11. *Butler-Smythe, A. C., Successive Tubal Gestation associated with Blood Cyst of the Ovary. Laparotomy on each Occasion. Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Febr. p. 74. (Ein Fall der Art.)

12. Butner, A. J., Ectopic pregnancy. Illinois Med. Journ. p. 24. (Fünf Fälle der Art.)

12a. Van Campen, J., Darmverschluss durch ein Lithopädion. Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. I. Helft. Nr. 23. p. 2226—2228. (Holländ.) (Diagnose röntgenologisch festgestellt. Vor 31 Jahren nach viermonatlicher Schwangerschaft Symptome einer geplatzten Extrauteringravidität; Patientin hatte aber noch bis zum siebenten Monat Kindsbewegungen gespürt. Das Präparat entsprach auch dem siebenten Monat. Abbildung auf einer Tafel.) (Lamers.)

13. Caturani, M., Anatomical Study of a Very Early Tubal Pregnancy with Special Reference to the Question of Decidual Reaction in Ectopic Gestation. Amer. Journ. of Obst. Oct. Vol. 70. p. 595. (Ei von höchstens drei Wochen; gute Abbildungen. Deciduale Umwandlung der Tubenschleimhaut nachgewiesen.)

14. Caturani, M., Ovarian pregnancy with Report of a case. New York Acad. of Med. Sekt. f. Geb. u. Gyn. Sitzg. v. 23. Dez. 1913. Med. Record. Nr. 12—14. Vol. 85. Am. Journ. of obst. Vol. 69. p. 409. (Übereinstimmung mit Websters Auffassung. Histologisch Ovarialgravidität festgestellt. Lebendige Verbindungen bestehen zwischen dem Corpus luteum und dem fötalen Gewebe. Letzteres übernimmt die Funktion der Decidua. Die Chorionelemente sind tief in das Gewebe hineingedrungen. Dadurch erklärt Verf. die frühzeitige Unterbrechung.)

15. Chaput et Marchak, Grossesse tubaire à terme avec conservation de l'enfant pendant trois ans dans le ventre de la malade. Bull. et mém. de la soc. anat. de Paris. 1913. Nr. 9. (Operation. Heilung.)

16. Chapple, H., Extrauterine Gestation. Guys Hosp. Rep. Vol. 27. p. 459. (Zwei Fälle. Verf. sah fünfmal Wiederholung bei derselben Form.)

17. Chomjakowa-Buslowa, A. P., Klinische Ergebnisse zur Frage über die extrauterine Gravidität. Journ. f. Geb. u. Gyn. 1913. p. 621. (Russisch.) (Zusammenstellung von 185 Fällen. 25 Fälle bei Verblutung operiert; davon starben fünf. 160 anderweitige Fälle operiert mit drei Todesfällen. Ätiologie: vorausgegangene entzündliche Prozesse.)
18. Colombino, C., Un caso di gravidanza tubaria interstiziale. Ann. di Ost. e Gin. Vol. 1. p. 374. (Abdominale Uterusexstirpation. Heilung.)
19. Croom, J. Halliday, Advanced extra-uterins pregnancy with tuberculous Peritonitis. Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Nr. 4. April. (Sektionsbefund.)
20. Crousse, Grossesses ectopiques. Deux cas de grossesses tubaires bilatérales. Bull. de la Soc. Belge. de gyn. et d'obst. Tome 24. p. 456. (1. Tubarabort rechts, Hämatosalpinx mit Eiresten links; 2. Tubargravidität links, Hämatosalpinx mit abgestorbenem Ei rechts.)
21. Dagneau, P. C., Vier Fälle von Extrauterinschwangerschaft. Revue mens. de gyn., d'obst. et de péd. 1913. Oct. (Auftreten von heftigen Schmerzen bei Ausbleiben der Menstruation ist diagnostisch zu verwerten.)
22. Daverne, R., Grossesse angulaire. Revue mens. de gyn., d'obst. et de péd. Janv. (Ein Fall der Art mit Ausgang in Abortus.)
23. Davis, A. B., Report of two cases of ectopic pregnancy. Transact. New York Acad. of Med. Amer. Journ. of Obst. Vol. 69. p. 701. (Ein Fall bei Ruptur operiert, gleichzeitig Uterusmyome gefunden; supravaginale Uterusamputation. Ein Fall fiebernd aufgenommen, durch Operation entfiebert.)
24. Devraignue, L., La grossesse angulaire. La Gyn. Janv. p. 15. (Nichts Neues.)
25. Decio, Eine Reihe von durch verschiedene entzündliche und neoplastische Veränderungen komplizierten Extrauterinschwangerschaften. Geb.-gyn. Ges. der Emilia u. d. Marken (Italien). (50 Fälle der Art. In einem Drittel der Fälle entzündliche Veränderungen gleichzeitig vorhanden. Zweimal gleichzeitige Tuberkulose der Tube. Siebenmal gleichzeitige Eierstocksgeschwulst und fünfmal gleichzeitige Myome des Uterus.)
26. *Demelin et Keim, Grossesse extrauterine ancienne suivie de grossesse utérine. Soc. d'obst. et de gyn. de Paris. III. p. 403. (Ausgetragene Tubargravidität. Lithopädion; ein Jahr später uterine Schwangerschaft.)
27. *Diamant, Z., Ein Fall von Drillingsschwangerschaft in demselben Eileiter. Zentralbl. f. Gyn. p. 128. (Der vierte Fall der Art, operiert im dritten Monat der Gravidität. In der einen Tube drei Früchte von je etwa 3 cm. Operation. Heilung.)
28. *Dougal, Zweimalige extrauterine Schwangerschaft bei derselben Patientin. Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Nr. 3. (Zwischenraum 14 Monate.)
29. Duff, Notes on a case of extrauterine pregnancy in a rudimentary Fallopian tube. Lancet. Jan. 17. (Trotz Sektion nicht ganz klarer Fall.)
30. Engelhardt, E., Ein Fall von ausgetragener Tubenschwangerschaft nebst einer Statistik operierter Spätformen tubarer Gravidität aus den Jahren 1902—1911. Inaug.-Diss. Kiel 1913.
31. Essen, K. H., Über Extrauteringravidität, unter Bericht eines Falles mit glücklichem Ausgang für Mutter und Kind. Therap. d. Gegenw. August. (Operation technisch sehr schwierig wegen der Verbindung des Fruchtsackes mit dem Colon transversum.)
32. *Everke, Ein Fall von gleichzeitiger Intra- und geplatzter Extrauteringravidität. Niederrhein.-westfäl. Ges. f. Gyn. Sitzg. vom 2. März in Düsseldorf. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. Heft 3. p. 397. (Drei Tage nach der Operation wegen Tubenschwangerschaft Abortus.)
33. Eversmann, Demonstration des Präparates einer ganz jungen Tubengravidität. Geb.- Ges. zu Hamburg. Sitzg. vom 3. Dez. 1913. (Operation. Heilung.)
34. Fabricius, Ein Fall von akuter Appendizitis und gleichzeitiger Extrauteringravidität. Geb.-gyn. Ges. in Wien. Sitzg. vom 9. Dez. 1913. (Interstitielle Schwangerschaft. Verf. hat schon mehrfach die Kombination von Appendizitis mit Extrauterinschwangerschaft gesehen.)
35. Farrar, L. K. P., Interstitial pregnancy with report of a case. Postgraduate. Vol. 29. p. 168. (Der Fall macht den Eindruck einer falschen Diagnose; Laparotomie zuerst gemacht, nichts operiert, dann nach Schluss des Bauches Entfernung der interstitiellen Schwangerschaft durch Curette (!).)
36. Fellner, O. O., Extrauteringravidität. Sammelreferat aus den Jahren 1910, 1911 und 1912. Gyn. Rundschau. Bd. 8. p. 374, 400.

37. *Fingova, Contribution à l'étude des grossesses intra- et extra-utérines simultanées. Thèse de Nancy. 1913.

38. Forche, E., Über die vom 1. Oktober 1910 bis 1. November 1913 an der Kieler Universitäts-Frauenklinik zur Beobachtung gekommenen Fälle von Extrauteringravidität. Inaug.-Diss. Kiel. (101 Fälle.)

39. Fries, Über seltenere Formen ektopischer Schwangerschaft. Deutsche med. Wochenschrift. p. 202. Nr. 4. (Eine Schwangerschaft im Eierstock und eine auf der Narbe der Appendix. Beide abgestorben.)

40. Fromme, Eine ausgetragene Extrauterinschwangerschaft. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin. Sitzg. d. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin vom 13. Febr. (Kurz nach dem Tode der Frucht operiert. Fruchtsack, Uterus und Processus vermiformis exstirpiert. Heilung.)

41. Füth, Vorträge: Über die Differentialdiagnose der Blutungen bei unterbrochener Tubargravidität und bei frühem uterinem Abort. Med. Klinik. 1913. Heft 21.

42. *Gibson, M. J., Combined intra- and extrauterine Pregnancy. R. Acad. of Med. in Ireland. Soc. of Obst. March 6. Journ. of Obst. and Gyn. Brit. Emp. Vol. 25. May. p. 297. (14 Tage nach der Operation der Tubenschwangerschaft uteriner Abortus.)

43. — Early Tubal Pregnancy. Ebenda. (Nichts Besonderes.)

44. — Unruptured interstitial Tubal Pregnancy. Ebenda. p. 298. (Operation, Exzision aus dem Uterus. Heilung.)

45. Graefe, M., Primäre Netzschwangerschaft. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 1. p. 46. (Vorläufiger Bericht.)

46. Gram, G., Über einen Fall von ausgetragener Extrauteringravidität. Inaug.-Diss. Bonn 1913.

47. Grant, H. H., Extrauterine pregnancy. Louisville Med. Monthly Journ. p. 339. (Platzen einer Tubenschwangerschaft.)

48. *Grote, Bericht über einen Fall von gleichzeitiger extra- und intrauteriner Schwangerschaft. Geb. Ges. zu Hamburg. Sitzg. vom 24. Febr. Zentr. f. Gyn. p. 663. (Zuerst Entfernung von Plazentarresten durch die Curette. Dann Laparotomie nach sechs Tagen wegen interstitieller Schwangerschaft.)

49. Grusdew, Zur Frage der Extrauteringravidität. Verhandl. d. 12. Pirogoff-Kongr. 29. Mai bis 5. Juni 1913. Bd. 2. p. 458. (Betont diagnostische Schwierigkeiten. Ein Fall von doppelseitiger Tubarschwangerschaft. Ein Fall von Stieldrehung.)

50. Gubarow, A. P., Die chirurgische Bedeutung der neugebildeten Blutgefässe bei Extrauteringravidität und Tumoren der Bauchhöhle. Journ. f. Geb. u. Gyn. 1913. p. 187. (Russisch.) (Verf. meint, dass die neugebildeten Gefässe, welche von irgend einem Darmorgane zur Extrauterinschwangerschaft herüberziehen, meist keine stärkeren Blutungen veranlassen. Man soll sie nur versorgen, wenn sie bluten.)

51. Hamaker, W. D., Extrauterine pregnancy at full term. Pennsylv. Nr. 1. Vol. 17. p. 232. (Abgestorbene Frucht. Laparotomie, Tamponade des Sackes. Heilung.)

52. Hammer, Fritz, Einiges über Tentamen abortus provocandi deficiente graviditate uterina, seine klinische und physiologische Bedeutung. (Drei Fälle der Art.)

53. *Hardouin, P., Grossesse extrautérine gémellaire. Bull. et mém. Soc. anat. de Paris. Tome 89. p. 164. (Beide in einer Tube, Ruptur, Operation.)

54. Hellman, A., Zwei Fälle von Extrauteringravidität. Sitzg. vom 27. Jan.

55. Heuze, Un cas de grossesse ectopique, abdominale secondaire, de sept mois: pyélonéphrite gravidique. Clin. centrale de Liège. 3 Avril. La Presse méd. 2 Mai. p. 338. (Das Wesentliche der Krankengeschichte steht in der Überschrift.)

56. van der Heyden, P. E. G., Een geval van zwangerschap in een rudimentairen hoorn van de Baarmoeder. Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. 1. Helft. Nr. 19. (Plötzlicher Verblutungstod bei einer Frau, die zum sechsten Male schwanger war, im vierten oder fünften Monat, infolge einer Ruptur des schwangeren rechten Horns eines Uterus bicornis. Obduktion. Statistik.) (Mendes de Leon.)

56a. — Zwangerschap in een rudimentären Uterushoorn. Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. I. Helft. Nr. 19. p. 1536—1540. (Holländ.) (Patientin starb unmittelbar nach der Aufnahme im Krankenhaus unter den Symptomen einer geplatzten Extrauteringravidität. Die Sektion ergab eine vier- bis fünfmonatliche Schwangerschaft in einem geplatzten rudimentären Uterushorn. In beiden Höhlen fand sich deutliche Decidua.) (Lamers.)

57. Hinselmann, Demonstration des Präparates einer ausgetragenen Nebenhornschwangerschaft. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 724. Z. f. Gyn. p. 875. (Bei Fieber operiert, Totalexstirpation, Tod.)
58. *Hoehne, Intrauteringravidität nach vorausgegangener Extrauteringravidität, mit Demonstration von Präparaten. Nordwestdeutsche Ges. f. Gyn. Sitzg. vom 8. Nov. 1913. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. Heft 3. p. 354. (Auf Grund der mikroskopischen Untersuchung von der Tube bei Extrauterinschwangerschaft will Verf. grundsätzlich mit dem Ei auch die Tube entfernen, aber nicht die ganze Tube, sondern einen Tubenstumpf im Uterus zurücklassen und an der anderen Tube plastische Operation vornehmen. Er hofft dadurch zu erreichen, dass eine spätere Konzeption günstig verläuft.)
59. Hoemann, M., Über Ovarialgravidität. Inaug.-Diss. Berlin 1913.
60. *v. Holst, Demonstration des Präparates einer geplatzten interstitiellen Gravidität im dritten Monat. Gyn. Ges. zu Dresden. 365. Sitzg. vom 23. April. Zentr. f. Gyn. p. 1141. (Patientin ist schon einmal wegen Tubenschwangerschaft operiert. Operation im Kollaps; supravaginale Amputation. Heilung.)
61. Horsley, J. S., Bauchhöhlenschwangerschaft mit lebendem Kind. Surg, Gyn. and Obst. Vol. 17. Nr. 1. (104 Fälle der Art aus der Literatur; 49 Mütter starben; nur wenige blieben am Leben. Nur in fünf Fällen bleiben Mutter und Kind am Leben.)
62. Jellett, Full time extrauterine pregnancy with uterus. Dublin Journ. Med. Soc. Vol. 137. p. 57. (War wohl eine Uterusruptur.)
63. *Johnstone, R. W., Contribution to the study of the early human ovum based upon the investigation of I a very early ovum imbedded in the Uterus and II a very early ovum imbedded in the Infundibulum of the Tube. Journ. of Obst. and Gyn. Brit. Emp. Vol. 26. Nr. 5. p. 231.
64. Jolly, R., Über Schwangerschaft ausserhalb der Gebärmutter. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. XI. p. 397.
65. *Jung, Vorweisung der Präparate von gleichzeitiger Extra- und Intrauteringravidität. Gyn. Ges. der deutschen Schweiz. Gemeinsame Sitzg. mit der Soc. de gyn. et d'obst. de la Suisse rom. 11. u. 12. Juli in Bern. (Zwei Tage nach der Operation Abortus.)
66. Kakuschkin, N. M., Klinisches Material zur Graviditas extrauterina. Journ. f. Geb. u. Gyn. 1913. p. 1. (Russisch.) (Nichts Neues. 137 Fälle. Frühe Operation.)
67. Kastanaew, G. M., Zur Frage über interstitielle Schwangerschaft. Journ. f. Geb. u. Gyn. p. 383. (Russisch.) (Vier neue Fälle von interstitieller Schwangerschaft. Schwere innere Blutung; Resektion des Uterushornes.)
68.. *Kirchbach, Uterus bicornis unicollis mit gleichzeitiger Gravidität in jedem der beiden Hörner und verschiedenzeitiger Ausstossung lebender und lebensfähiger Früchte. Deutsche med. Wochenschr. 1913. Nr. 26. p. 1253. (Zwischenraum zwischen der Geburt der beiden Früchte acht Tage.)
69. Klein, G., Demonstration eines Präparates von interstitieller Tubenschwangerschaft. Münchn. Gyn. Ges. Sitzg. vom 26. Febr. (Supravaginale Amputation. Heilung.)
70. Köhler, a) Ovarialgravidität; b) Interstitielle Gravidität. Geb.-gyn. Ges. in Wien. Sitzg. vom 11. Nov. 1913.
71. — R., Graviditas ovarialis. Gyn. Rundschau. Heft 7—16. (In dem Fall von Köhler hatte sich das Ei in dem Graafschen Follikel angesiedelt; zwischen den Luteinzellen und den Chorionepithelien inniger Zusammenhang.)
72. Kostler, De l'élimination spontanee du foetus dans les grossesses extrautérines, au delà du troisième mois. Thèse de Nancy. 1913.
73. Krassnopolsky, N. G., Ein Fall von ausgetragener Extrauteringravidität mit lebender Frucht. Journ. f. Geb. u. Gyn. 1913. p. 225. (Russisch.) (Ein Fall der Art. Kind asphyktisch, stirbt nach 15 Stunden. Die Frucht stark eingeengt von den Wänden des Fruchthalters. Am Uterus multiple Myome; supravaginale Amputation des Uterus. Heilung.)
74. Kusmin, S. J., Über Extrauteringravidität. Journ. f. Geb. u. Gyn. 1913. p. 249. (Russisch.) (Zusammenstellung von 75 Fällen der Art. Frühe Operation.)
75. Labhardt, Interstitielle rupturierte Gravidität der 6.—7. Woche. Gyn. Ges. der deutschen Schweiz. Gemeinsame Sitzg. mit der Soc. de gyn. et d'obst. de la Suisse rom. vom 11. u. 12. Juli in Bern.
76. Leavitt, F. E., Ectopic gestation. St. Paul Med. Journ. p. 292. (Nichts Wesentliches.)

77. Mc Guire, St., Evolution of the treatment of ectopic pregnancy. South. Med. Journ. Vol. 7. p. 208. (Geschichtliches.)
78. Mac Laren, A., and L. E. Daugherty, Intraperitoneal hemorrhage with special reference to hemorrhage from ruptured tubal pregnancy. St. Paul Med. Journ. p. 137. Nr. 3. (Nichts Neues. Allgemeiner Bericht über die Erfahrungen des Verf.)
79. Mall, F. P., und E. K. Cullen, Ovarialgravidität in einem Graafschen Follikel. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 17. Nr. 6.
80. Marshall, Tubenschwangerschaft in einer schlecht entwickelten rechten Tube, Uterusfibrom, zystische Entartung der Eierstöcke, Exstirpation des Uterus mit den Adnexen. Heilung. Journ of Obst. and Gyn. Brit. Emp. Nr. 3.
81. Mekertschianz, Über die Indikationen einer abwartenden Therapie bei Extrauteringravidität. Verhandl. d. 12. Pirogoff-Konfgr. 29 Mai bis 5. Juni 1913. Bd. 2. p. 82. (Je länger die Extrauterinschwangerschaft besteht, um so eher kann man abwarten.)
82. Meyer, Leopold, Graviditas extrauterina. (Dem.) Ges. f. Gyn. u. Obst. Kopenhagen. 3. Dez. 1913. Ref. Ugeskr. f. Laeger. p. 1880. (O. Horn.)
83. Michel, F., Die Bedeutung der Bauchschwangerschaft für den Praktiker. Fortschr. d. Med. 23. (Verf. meint Extrauterinschwangerschaft, wenn er von Bauchschwangerschaft spricht. Nichts Neues.)
84. Mirto, F., Comportamento non comune del polso in alcuni casi di inondanzione peritoneale da rottura di tuba gravida. Ann. di Ost. e Gin. Vol. 35. p. 625. (Pulsverlangsamung.)
85. Moore, S. B., Treatment of ectopic Gestation. Virginia Med. Semi Monthly. Vol. 18. p. 347. (Sechs Fälle. Man soll stets so schnell wie möglich operieren.)
86. Nairn, R., Tubal gestation continuing to the 6 month after Rupture at the 6 week. Lancet. 1913. Nov. 15. p. 1384. (Operation, Heilung.)
87. Oastler, F., Ectopic pregnancy with diagnosis of incomplete intrauterine abortus. Amer. Journ. of Obst. Vol. 69. p. 127. (Zuerst Curettage, dann Laparotomie.)
88. Olow, J., Über die Behandlung der in den früheren Monaten unterbrochenen Extrauterinschwangerschaft. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. Heft 1 u. 2. p. 25 u. 205. (Die besten Resultate erzielt man bei der konsequent durchgeführten operativen Behandlung der Extrauterinschwangerschaft, und zwar möglichst frühzeitig.)
89. Outerbridge, Geo W., Polypoid Chondrofibroma of the Fallopian Tube Associated with Tubal pregnancy. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. August. Vol. 70. p. 173. (Verf. hält es für möglich, dass die Geschwulstbildung mechanisch die Einbettung des Eies in der Tube bedingt hat.)
90. Parenago, P., Eine nach extrauteriner Gravidität lange in der Bauchhöhle zurückgebliebene Plazenta. Russki Wratsch p. 487. (Lange eiternde, nun blutende Fistel blieb nach Operation einer Extrauterinschwangerschaft zurück; Ursache: vergessene Plazenta.)
91. *Pfahl, F., Ein Fall von gleichzeitiger Schwangerschaft beider Tuben. Gyn. Rundschau. Jahrg. 8. Heft 20. (Links Ruptur, rechts tubarer Abortus.)
92. Philips, A case of peritoneal implantation of an ovum. Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Nr. 1. (An der linken Seite der Fossa iliaca ein kleiner Knoten, der sich leicht abheben lässt; in ihm Chorionzotten, welche ein kleines Ei ohne embryonale Anlage enthalten. Nach der Beschreibung handelt es sich wahrscheinlich um einen tubaren Abort der einen Tube, bei dem das ausgestossene Ei auf der Fossa iliaca angeklebt war, und nicht um eine primäre Peritonealschwangerschaft, wahrscheinlich Fimbrienschwangerschaft.)
93. Pilatte, R., et H. Vignes, Formes anatomiques et cliniques de la grossesse tubaire. Gaz. des hôp. Nr. 43, 45. p. 693, 725. (Nichts Neues.)
94. *Polak, A case of ectopic gestation. Amer. Journ. of Obst. Vol. 69. p. 139. (Es handelte sich um Wiederholung bei derselben Patientin.)
95. Popow, P. A., Über interstitielle Schwangerschaft. Journ. f. Geb. u. Gyn. p. 533. (Russisch). (Zwei Fälle der Art; beide zerreissen; Exzision aus dem Uterus. Heilung.)
96. Potherat, E., A propos de deux cas de grossesse extrauterine rompue. Revue prat. d'obst. et de gyn. Tome 21. p. 307. (Rät stets zu operieren.)
97. *Primsar, Zwei Fälle isochroner heterotoper Zwillingsschwangerschaft. Gyn. Rundschau. p. 203. (Zweimal Abortus nach Operation der Extrauterinschwangerschaft.)
98. Prochownick, Ein Fall von Tubenschwangerschaft mit absichtlich erhaltener Tube. Geb. Ges. zu Hamburg. Sitzg. vom 3. Dez. 1913. (Ein Fall der Art.)

99. Proust, R., De l'intervention opératoire dans les grossesses tubaires. Gaz. des hôp. p. 85. (Allgemeiner Vortrag über den Gegenstand.)
100. Purefoy, R. D., A case of tubal pregnancy attended with serious symptoms without rupture. Tr. Roy. Acad. of Med. in Ireland. XXXI. p. 217. (Hämatocelenbild.)
101. Quain, E. P., Schwangerschaft im rudimentären Horn eines Uterus bicornis und Mitteilung eines Falles mit ausgetragener Frucht. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 17. Nr. 4. (Frucht war abgestorben, aber ausgetragen.)
102. Riefenstahl, Hans, Über extrauterine Schwangerschaften. Inaug.-Diss. Würzburg 1913. (Bei Extrauterinschwangerschaften warme Empfehlung der Operation durch Eröffnung der Bauchhöhle von der Scheide aus.)
103. Rosenfeld, Bauchschwangerschaft. Nürnb. ärztl. Verein. Münchn. med. Wochenschrift. p. 391. (Vier Fälle; es handelte sich aber nicht um primäre Abdominalschwangerschaft.)
104. Rouffart, E., Quelques considérations sur le traitement de la grossesse extrautérine. Gaz. de Gyn. Tome 29. p. 161. (Nichts Neues.)
105. De Rouville, Avortement tubaire raté. Hématocèle fébrile (40°). Colpotomie postérieure, suivie le lendemain d'hystérectomie abdominale. Guérison. Bull. Soc. d'obst. et de gyn. de Paris. III. p. 338. (Alles Wichtige im Titel zu ersehen.)
106. Rüder, Demonstriert Diapositiv und Präparat einer ausgetragenen Extrauteringravidität. Nordwestdeutsche Ges. f. Gyn. Sitzg. vom 8. Nov. 1913. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. Heft 3. p. 355. (Blosslegung des Ureters bei der Operation. Nach der Operation blutiger Harnabgang.)
107. Sampson, J. A., The Influence of ectopic pregnancy on the uterus, with special reference to changes in its blood supply and uterine bleeding; based upon the study of 25 injected uteri associated with ectopic pregnancy. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 18. Nr. 5. (Verf. hat genauer die Anatomie des Uterus bei Tubenschwangerschaft untersucht. Er findet im wesentlichen Hyperämie und Hypertrophie des Endometriums, vielleicht mit etwas Wachstum auch der Muskularis. Die Decidua trennt sich in die kompakte und in die spongiöse Substanz. Die letztere besteht aus stark gewucherten Drüsenschläuchen. Die Deciduazellenbildung beginnt in der Umgebung der kleinen Arterien der kompakten Substanz. Die uterinen Blutungen bei der Tubenschwangerschaft erklärt der Verf. als venös durch Uteruskontraktion aus dem Endometrium. Die Rückbildung des Uterus nach Beendigung der Tubengravidität verläuft ebenso wie die nach uteriner Gravidität, wenn auch oft etwas langsamer.)
108. Schil, Tubenschwangerschaft in Verbindung mit atypischer Entwicklung des Corpus luteum. Arch. mens. d'obst. et de gyn. Déc. 1913. (Schil bringt diese Veränderung in Verbindung mit der Ätiologie der Extrauterinschwangerschaft, indem dadurch eine Verlangsamung der Tubenperistaltik bedingt wird.)
109. Schottmüller, Zur Pathologie und Diagnose der Extrauteringravidität. Nordwestdeutsche Ges. f. Gyn. Sitzg. vom 8. Nov. 1913. in Hamburg Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. Heft 3. p. 360. (Verf. macht auf den Ikterus aufmerksam. Es handelt sich dabei nicht nur um Resorption des Blutes, sondern Hämolyse ist auch dabei im Spiel. Im Blutserum ist Hämatin nachweisbar, was für die Differentialdiagnose zwischen Extrauterinschwangerschaft und Salpingitis post abortum von Bedeutung ist.)
110. Schtschebina, E. G., Zwei Fälle von Gravidität im rudimentären Uterushorn. Journ. f. Geb. u. Gyn. p. 545. (Russisch.) (Beide Fälle operiert; beide genesen. Verf. will möglichst frühzeitig operiert haben.)
111. Scheult, Bericht über drei Fälle vorgeschrittener Extrauterinschwangerschaft. Lancet. June 20. p. 1748. (Drei Fälle geheilt durch Laparotomie.)
112. Sencert, L., Hémorrhagie cataclysmique. Mort apparent. Laparotomie. Transfusion sanguine. Guérison. Bull. Soc. d'obst. et de gyn. de Paris. II. p. 718.
113. — et M. Aron, Une curieuse observation de grossesse ovarienne. Soc. d'obst. et de gyn. de Paris. II. p. 830. (Weiterwachsen der Plazenta ohne Frucht.)
114. Sirtori, C., Due case di occlusione dell' intestino da ematocele pelvico subperitoneale. Contributo allo studio degli esiti della gravidanza tubarica. Arte Ost. XXVII. p. 369.
115. *Smith, R. E., Final results (after 5 years) in 192 patients operated upon for ectopic gestation; with special reference to subsequent uterine and repeated ectopic pregnancy. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 18. p. 684. (Es handelt sich um Sammelforschung. 47 mal folgte noch uterine und 21 mal ektopische Schwangerschaft.)
116. *Stone, A second tubal pregnancy in the same patient. Amer. Journ. of Obst. Vol. 69. p. 165.

117. Sullivan, R. Young, Clinical aspects of ruptured tubal pregnancy. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Febr. Vol. 69. p. 265. (Ein Fall; keine Besonderheiten.)
118. *Taniguchi, Y., Die Herkunft der Blutung bei der Ruptur der Tubenschwangerschaft. Arch. f. Gyn. Bd. 102. Heft 2. p. 237. (Taniguchi versucht den Nachweis zu erbringen, dass die Zerreissung der Tube durch Stauung in den abführenden Venen der Tuben-Schwangerschaft zustande kommt, weil diese an dem zentralen Teil durch Zotten verstopft sind. Die bedrohliche Blutung stammt aus dem intervillösen Raum. Eine Zerstörung der Wand durch die Zotten wird abgelehnt.)
119. Thaler, Appendixblastom, Uterus bicornis mit linksseitigem atretischen Horne, rechtsseitige Extrauteringravidität. Geb.-gyn. Ges. in Wien. Sitzg. vom 10. Febr. (Verf. bringt die Entwicklungsstörungen in ätiologischen Zusammenhang mit der Extrauterinschwangerschaft.)
120. Thies, J., Zur Behandlung der Extrauteringravidität. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Leipzig. Sitzg. vom 15. Juni. (Thies hat sich besonders mit der Frage beschäftigt, ob man nach der Laparotomie bei Tubenschwangerschaft das Blut alles entfernen soll oder nicht. Ohne bestimmte Erwägungen und schlechte Erfahrungen mit der Kochsalzinfusion empfiehlt er das Blut aus der Bauchhöhle in einen Trichter zu sammeln oder in einen Irrigator und dies dann intravenös zu injizieren. Er glaubt davon Besseres gesehen zu haben als von der Kochsalzinfusion und hat drei Patientinnen derart geheilt.)
121. — Demonstration: Graviditas tubointerstitialis. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Leipzig. Sitzg. vom 15. Juni. (Exzision des Fundus. Heilung.)
122. — Demonstration eines Falles von Hämatometra bei interstitieller Gravidität. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Leipzig. Sitzg. vom 17. Nov. 1913. (Eigenartiger Fall, der als interstitielle Schwangerschaft gedeutet wird, welche durch den Uterus entleert wurde.)
123. Tóth, Stephan, Extrauterine Gravidität bei Myom. Gyn. Sekt. d. kgl. ungar. Ärztevereins zu Budapest. Sitzg. vom 10. Febr. (Heilung durch Laparotomie an der verbluteten Frau.)
124. Turenne, Über kriminellen Abort und Extrauteringravidität. Arch. mens. d'obst. et de gyn. 1913. Oct. (Ein Fall der Art.)
125. V. d. Velde, Th. H., Het hydrorrhoe vraagstuk. Nederl. Maandschr. v. Verlosk., Vrouwenz. en Kindergeneesk. Deel III. Nr. 7. p. 407—411. (Holländ.) (Dieselbe Arbeit ist in deutscher Sprache in der Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. 75, Heft 3, p. 514 bis 518 erschienen. Referat s. d.) (Lamers.)
126. Vincent et Laffont, A propos de deux cas de grossesse extrautérine. Soc. d'obst. et de gyn. de Paris. Nr. 2. p. 99. (Beide Male vorher Katarrh der Tube.)
127. Ward, C., Case of prolonged gestation, double Uterus, Tubal abdominal pregnancy. Transvaal Med. Journ. Vol. 8. p. 229. (Frucht lag frei in der Bauchhöhle.)
128. Gray Ward, G., Specimen of early ectopic gestation. Med. Record. Vol. 84. 1913. Nr. 15. Amer. Journ. of Obst. Vol. 68. p. 782. (Ein Fall der Art mit gleichzeitiger Tuberkulose der Appendix, sowie Uterusmyom, Uterusexstirpation. Heilung.)
129. Weisswange, Tubargravidität. Gyn. Ges. zu Dresden. 358. Sitzg. vom 29. Mai 1913. (Operation. Heilung.)
130. Werner, P., Über einen Fall von ausgetragener Extrauteringravidität. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 76. Heft 2. p. 481. (Kind war schon abgestorben. Verf. nimmt an, dass es sich um eine Eileiterschwangerschaft gehandelt hat.)
131. *Whitehouse, Zweite Extrauterinschwangerschaft bei derselben Patientin mit einer Bemerkung über die Behandlung der Tubenmole. Journ. of Obst. and Gyn. Vol. 24. Nr. 6. 1913. (Erste Extrauterinschwangerschaft vor zwei Jahren links; jetzt rechts. Beide Male operiert.)
132. v. Winiwarter, Ovarialgravidität. Vortr. demonstriert ein Präparat aus dem Spital in Oberhollabrunn. Geb.-gyn. Ges. in Wien. Sitzg. vom 10. Febr. (Es handelt sich um eine auf der Oberfläche des Ovariums inserierte Schwangerschaft.)
133. *Wolff, Br., Experimentelle Untersuchungen über die Entstehung extrauteriner Schwangerschaften und über die Möglichkeit operativer Eingriffe beim lebenden Säugetierfötus. Studien zur Pathologie der Entwicklung. Bd. 2. Heft 1.
124. Zahn, F., Die interstitielle Gravidität. Inaug.-Diss. Berlin. (Ein Fall.)

Unter den Arbeiten der Anatomie über Extrauterinschwangerschaft ist eine der besten die von Johnstone (63), welcher ein jugendliches Ei in der Tube zu untersuchen Gelegenheit hatte.

Die Laparotomie wurde gemacht, ohne dass irgendwelcher Verdacht auf Schwangerschaft bestand. Die Länge der Frucht betrug 2,14 mm; die Schnitte durch die Frucht sind ganz vortrefflich. Die Einzelheiten müssen im Detail nachgesehen werden. In den entfernteren Teilen der Tube hat auch er keinerlei deciduale Veränderungen nachgewiesen. Das Ei reiht er ein an Grösse zwischen das von Graf Spee und das von Krömer und Pfannenstiel. Das von Penkert beschriebene Ovulum ist leider nicht berücksichtigt.

Eine weitere Arbeit von allgemeiner Bedeutung scheint dem Referenten die von Taniguchi (118) zu sein, welcher den Versuch gemacht hat — übrigens entsprechend den Anschauungen des Referenten — die Blutung bei Ruptur der Tubenschwangerschaft aus dem intervillösen Raum zu erklären und zurückzuweisen, dass sie aus zerissenen Arterien stammt.

Die übrigen Arbeiten, welche oben angeführt sind, betreffen zum grössten Teil kasuistische Mitteilungen, Aus ihnen sind besonders diejenigen Berichte hervorzuheben, in denen nachgewiesen wird, dass auf Extrauterinschwangerschaft normale Schwangerschaft folgen kann [Demelin et Keim (26), Hoehne (58), Smith (115)], dass bei der gleichen Frau Extrauterinschwangerschaft sich wiederholt [Bouchet (7), Butler-Smythe (11), Dougal (28), v. Holst (60), Polak (94), Whitehouse (131)], dass Zwillingsschwangerschaft besteht [Braham (9), Hardouin (53), Primsar (97), Pfahl (91)], dass Drillingsschwangerschaft besteht [Diamant (26)] und dass gleichzeitig Intrauterin- und Extrauterinschwangerschaft vorkommt [Bogdanovic (5), Everke (32), Fingova (37), Gibson (42), Groti (48), Jung (65)]. Kirchbach (68) beobachtete bei Uterus bicornis gleichzeitig Schwangerschaft in beiden Hörnern.

Therapeutisch ist die überwiegende Mehrzahl der Autoren darüber einig, dass man operativ vorgehen muss. Die Frage, ob man dabei die Tube erhalten soll, ob man dabei die Tube exstirpieren soll, wird wiederholt erörtert, ohne dass aber in dieser Frage Entscheidendes erreicht wird.

Wolff (133) erzeugte operativ an Tieren sekundäre abdominale Schwangerschaften.

VII.

Pathologie der Geburt.

Referent: Privatdozent Dr. Rud. Th. Jaschke, Giessen.

I. Allgemeines.

1. Aleksandroff, J. N., Kaiserschnitt und gleichzeitige Entfernung von zwei Ovarialkystomen. Journ. akusch. i shensk. bolesn. 1913. (Titel sagt das Wesentliche.)

1a. Austeensen, T., Hypophysenextrakt als Wehenmittel. Tijdsskr. for den Norske Laegeforening. p. 393. (34 jährige I para. Primäre Wehenschwäche. Bei 3 cm. Gute Wirkung wiederholter Gaben Pituglandol.)

2. Aymerich, Plazentarveränderungen bei einer herzkranken Frau. Ginec. Jahrg. 10. Nr. 14. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 16. p. 609. (Abort im sechsten Monat. Auf der fötalen Seite der napfförmigen Plazenta vier nuss- bis taubeneigrosse Blutergüsse;

auch der intervillöse Raum zeigte reichlich Blut, die Zottengefässe waren stark dilatiert. Verf. führt alle diese Veränderungen auf Rückstauung aus dem kindlichen Kreislauf zurück.)

3. *Badia, J., Dystocie par kyste dermoïde de l'ovaire. La Semana med. 18 Sept. 1913. Ref. Rev. mens. de gyn., d'obst. et de péd. 9 Ann. Nr. 4. p. 300. (Die Zyste wurde sub partu punktiert und der Inhalt durch dicken Troikart entleert; dann konnte das Kind ohne Schwierigkeiten extrahiert werden. Drei Monate später wurde die Zyste vaginal entfernt.)
4. Barris, J., Heart disease complicating pregnancy; caesarean section under spinal anaesthesia. Proceed. of the Royal Soc. of Med. London. Vol. 7. Nr. 7. Obst. and Gyn. Sect. p. 238.
5. — Treatment of pregnancy complicated by morbus cordis by means of caesarean section under spinal anaesthesia. Royal Soc. of Med. March 5. Ref. Lancet. March 28. Nr. 4726. p. 892. (XI para, die 1910, kurz vor der Geburt des letzten Kindes, ein Rheumatismusrezidiv durchgemacht hatte. Nun kam sie bereits um die Mitte der Gravidität schwer dekompensiert in Behandlung. Nach vorübergehender Besserung wurde um die 27. Schwangerschaftswoche wegen bedrohlichen Allgemeinzustandes in Lumbalanästhesie der Kaiserschnitt mit anschliessender Sterilisation vorgenommen. Glatte Rekonvaleszenz. Bericht über ähnliche Fälle.)
6. *— Dasselbe. Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 25. Nr. 4. p. 186.
7. Basnizki, Siegfried, Über die in den Jahren 1903—1913 in der Kgl. Universitäts-Frauenklinik und Kgl. Hebammenschule zu München zur Beobachtung gekommenen Sturzgeburten. Inaug.-Diss. München. Juli.
8. Blacker, Diskussion zu Barris (Nr. 4). Ebenda.
9. Boerma, Zwangerschap en geboorte bij sterk uigesprohen hypospadie der nomb. Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. 1912. II. Nr. 11. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 17/18. p. 612.
10. Bouncy, V., An ovarian dermoid cyst expelled through the rectum during labor. Proceed. of the Royal Soc. of Med. London. Vol. 7. Nr. 6. Obst. and Gyn. Sect. p. 226. (Der Titel schildert den Vorgang; die Austreibung erfolgte unter starker Verletzung der vorderen Rektumwand; im Anschluss daran kam es zur Peritonitis, die aber schliesslich nach Laparotomie in Heilung ausging.)
11. Bouhey, Ed. Lévy et Magnan, Gestation et accouchement chez une primipare ayant présenté une malformation rénale et subi une néphrectomie. Rev. prat. d'obst. et de péd. Jahrg. 57. Nr. 296. p. 5. (Trotz der erwähnten Operation glatter Verlauf von Schwangerschaft und Geburt.)
12. Brodhead, George L., Caesarean section for double multilocular ovarian cyst. Transactions of the New York Obst. Soc. Meeting 18. Nov. 1913. Bericht Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Wom. and Childr. Vol. 69. Nr. 2. p. 345. (Titel sagt alles Wesentliche.)
13. Brühl, M., Die Erkrankungen der Blase in ihren Beziehungen zu Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Inaug.-Diss. Marburg 1913.
14. *Casalis, René, et René Lecocq, L'accouchement par hystérectomie sans ouverture préalable de l'utérus, l'enfant étant vivant. Ann. de gyn. et d'obst. Jahrg. 41. Nr. 2. p. 67.
15. Clifford, H., Concealed accidental hemorrhage accompanied by intraperitoneal hemorrhage. The Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 25. Nr. 1. p. 48. (25jährige II para, sehr anämisch eingeliefert mit geringer Blutabsonderung aus der Vagina, allgemeiner Uterus- und Bauchdeckenempfindlichkeit, obgleich kaum Wehen bestanden. Cervix für zwei Finger durchgängig, Blase erhalten. Nach Sprengung derselben Abgang von Fruchtwasser und dunklem Blut. Wegen des schlechten Allgemeinzustandes abdominale Sectio: in der Bauchhöhle Blut, das von rupturierten Venen im rechten Ligamentum latum stammt. Plazenta schon vollständig gelöst, Kind tot. Nach Entleerung des Uterus supravaginale Amputation; trotzdem sechs Stunden später Exitus an Anämie.)
16. Darnall, W. E., Schwere Blutung in eine Ovarialzyste im Anschluss an einen Partus. Am. Assoc. of Obst. and Gyn. 27. Annual Meeting at Providence. Sept. 16—18. 1913. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 12. p. 461.
17. Delauve, La ponction des kystes dystociques de l'ovaire. Thèse de Montpellier 1913.

18. Deletrez, Kystes dermoïdes des deux ovaires et grossesse. Bull. de la soc. belge de gyn. et d'obst. Tome 24. Nr. 10. p. 461. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 5. p. 438.
19. Mc Donald, A. L., Surgical shock as factor in obstetric operations. Journ.-Lancet. Minneapolis. April 15. XXXIV. Nr. 8. p. 201. Ref. Journ. of Amer. Med. Assoc. Vol. 62. Nr. 20. p. 1583. (Bespricht die bei der Behandlung des Schocks in Betracht kommenden Drogen [Ergotin, Epinephrin, Coffeïn, Digitalis, Strophantin mit oder ohne Kombination mit Morphin] und deren pharmakologische Wirkungsweise.)
20. Edge, Diskussion zu Wilson (Nr. 82). Ebenda.
20a. Esbensen, Hypofyseekstrakten i Fodsels hjoelpen. (Der Hypophysenextrakt in der Geburtshilfe.) Ges. f. Gyn. u. Obst. Kopenhagen. 4. Febr. Ugeskr. f. Laeger. p. 635 bis 660. (166 Fälle. Kontraindikation nur Eklampsie.) (O. Horn.)
21. Fabre et Bourret, Phénomènes de shock après un accouchement. Journ. de méd. de Paris. Ann. 34. Nr. 20. p. 395. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 5. p. 491. (Der Ausdruck „Schock" trifft wohl nicht das Richtige. Es handelt sich um einen Kollaps bei einer mit chronischer Herzmuskelinsuffizienz [ohne Klappenfehler] behafteten Frau, der im Anschluss an die ganz glatt und langsam verlaufene Austreibungsperiode auftrat.)
22. Fairbairu, Diskussion zu Barris (Nr. 4). Ebenda.
23. Fellner, O. O., Herzkrankheiten und Schwangerschaft. Gyn. Rundschau. Heft 21/22. p. 665. (Erwiderung auf H. W. Freunds Angriffe [cf. vorigjähriger Jahresbericht], die als unhaltbar erwiesen werden. Fellner hält seinen Standpunkt aufrecht. Einzelheiten müssen im Original nachgelesen werden. Der schwerwiegendste Einwand ist der, dass Freund seine scharfen Angriffe auf 52 zufällig diagnostizierte und herausgegriffene Fälle aufbaut.)
24. Fetherston, R. H., Obstetrical trauma. Austral. Med. Journ. Vol. 2. Nr. 118. p. 1257. 1913. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 4. p. 462.
25. Florence, Au sujet d'un cas de dystocie par cancer du rectum. Bull. de la soc. d'obst. et de gyn. de Paris etc. 3 Ann. Nr. 3. p. 26. (41 jährige Multipara mit weit vorgeschrittenem Rektumkarzinom, das bereits die obere Hälfte der hinteren Septumwand und das seitliche paraproktale Gewebe zu starren Massen umgewandelt hatte. Es gelang jedoch, das 2800 g schwere Kind mittelst Forzeps am hochstehenden Kopf ohne Verletzung der mütterlichen Weichteile zu extrahieren.)
26. Framond, De la rupture des kystes de l'ovaire pendant la grossesse, le travail et les suites de couches. Thèse de Montpellier. 1913. Nr. 81. 102 p. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 819.
27. *Freund, Hugo A., Heart in pregnancy. Journ. of Michigan State Med. Assoc. Vol. 12. Nr. 12. p. 648. 1913.
28. Garbar, Jacob, Geburten bei jüngeren und älteren Erstgebärenden. Inaug.-Diss. München. April.
29. Gilbert, H., Notes on a case of subcutaneous emphysema of the face, neck and chest occuring during labour. Austral. Med. Gaz. Vol. 34. Nr. 26. p. 583. 1913. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 4. p. 552.
30. *Gilles, R., Spina bifida et puerpéralité. Journ. des sages-femmes. Ann. 41. Nr. 22. p. 361. 1913.
31. Grosse, A., Grossesse compliqué de fibromes; hystérectomie. Rev. mens. de gyn., d'obst. et de péd. 9 Ann. Nr. 5. Mai. p. 315. (32jährige Ipara mit rasch wachsendem, das Becken immer mehr ausfüllendem Myom. Da dieselbe weit entfernt von ärztlicher Hilfe auf dem Lande wohnte, wurde im fünften Graviditätsmonat die supravaginale Amputation des Uterus vorgenommen.)
31a. Gröné, O., Zwei Fälle von Kyphose mit Schwangerschaft und Entbindung. Verhandl. d. obst.-gyn. Sekt. d. Ges. Schwed. Ärzte. Hygiea. (Silas Lindqvist.)
32. *Groué, Über Herzfehler während der Schwangerschaft und Entbindung. Svenska Läkaresällsk. Handling. 1912. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 242.
32a. Gulowsen, Otto, Pituitrin bei Wehenschwäche. Tijdskr. for den Norske Laegefor. p. 395. (Bei der nicht einheimischen Bevölkerung Chefoos ist Wehenschwäche verhältnismässig häufig. 30jährige Javanes-Engländerin, Ipara, wurde mit Pituitary-Extrakt [Burrooughs, Wellcome & Co.] behandelt. Schnelle Besserung der Wehenschwäche.)

32b. Hauch, Et Tilfaelde af Extirpatio vag. uteri p. partum paa Grund af Atonia uteri. (Ein Fall von Exstirpatio uteri vag. post partum wegen Atonia uteri.) Ges. f. Gyn. u. Obst. Kopenhagen. 12. Nov. 1913. Ref. Ugeskr. f. Laeger. p. 1875. (O. Horn.)

33. Hilgers, E., Komplikation von Herzfehler und Schwangerschaft. Inaug.-Diss. Strassburg i. E. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 21. p. 789.

34. Hohorst, Bericht über zwei Fälle von Ileus in graviditate, bzw. intra partum. Geb.-gyn. Ges. Hamburg. 24. Febr. Bericht Zentralbl. f. Gyn. Nr. 18. p. 663.

34a. Horn, Jan, Einige Versuche mit Hypophysenpräparaten. Norsk Magazin for Laegevidenskaben. p. 690. (Zur Anwendung kamen Pituitrin und Pituglandol. Die Wirkung beider Mittel war unberechenbar; was wahrscheinlich darauf beruht, dass die verschiedenen Individuen und die einzelne Frau zu verschiedenen Zeiten der Geburt eine verschiedene Reaktionsfähigkeit aufweisen. Die Wirkung war immer nur an schon bestehende Wehentätigkeit geknüpft. Die Herztöne der Frucht wurden nicht verändert. In der Nachgeburtsperiode zeigte in einem Falle Pituitrin eine gute Wirkung. Waren die Mittel kurz vor der Geburt gegeben worden, erstreckte sich ihre Wirkung auch bis in die Nachgeburtsperiode und verlieh dann den Uteruskontraktionen einen gewissen tetanischen Charakter. Einmal trat später eine Erschlaffung mit Blutung ein. Gynäkologische Blutungen wurden nicht beeinflusst, die Blase auch nicht. Wenn auch die Mittel nicht immer zuverlässlich wirken, so sind sie doch in geeigneten Fällen zu benützen. Das Optimum ihrer Wirkung tritt doch so spät in der Geburt ein, dass man oft ebenso gut die Entbindung operativ vornehmen darf.) (Kr. Brandt.)

34b. Horn, O., Om Pituitrin. (Über Pituitrin.) Ges. f. Gyn. u. Obst. Kopenhagen. 4. Febr. Ref. Ugeskr. f. Laeger. p. 1889—1890. (35 Fälle von Injektion mit Pituitrin (Parke. Davis & Co.). Keine schädlichen Nebenwirkungen. Als solche ist kaum anzusehen ein Fall, wo das Kind zyanotisch im tetanoiden Zustand geboren war [Forzeps], aber ohne Herzschlag.) Autoreferat. (O. Horn.)

35. Humpstone, A case of dystocia and death of fetus due to congenital cystic kidneys. Transact. of the New York Obst. Soc. Meeting 14. Oct. 1913. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Children. Vol. 69. p. 136.

36. M'Ilroy, A. Louise, Intestinal toxemia in its relations to obstetrical and gynaecological affections. Glasgow Med. Journ. Sept. 1913. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 81. p. 323.

37. Imhofer, R., Der gegenwärtige Stand der Frage Kehlkopftuberkulose und Schwangerschaft. Prager med. Wochenschr. Nr. 11. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 25. p. 1415. (Habilitationsvortrag. Nichts Neues. Die Geburt soll möglichst abgekürzt werden.)

38. Jaschke, Rud. Th., Allgemeine Pathologie der Geburt. Liepmanns Handbuch der Frauenheilk. Bd. 3. Leipzig, F. C. W. Vogel.

38a. Jennissen, J. A. M. J., Baringsstoornissen na ventrofixatie. (Geburtsstörungen nach Ventrofixation.) Geneesk. Tijdschr. v. Nederl.-Indië. 1913. Bd. 53. Heft 4. p. 607 bis 614. (Holländisch.) (Kasuistisch. Seit der Operation drei Fehlgeburten im dritten Monat. Die vierte Schwangerschaft wurde ausgetragen. Wegen Hochstand des äusseren Muttermundes hat Verf. zuerst durch Laparotomie die Adhäsionen des Uterus mit der Bauchwand und dem Netz gelöst und dann das Kind aus der Querlage — durch Wendung und Extraktion — entwickelt. Guter Erfolg für Mutter und Kind.) (Lamers.)

39. Jordan, Diskussion zu Wilson (Nr. 82). Ebenda.

40. Jullien, L'hystérectomie totale dans les présentations vicieuses négligées. La Province méd. 11 Oct. 1913. Ref. Rev. mens. de gyn., d'obst. et de péd. 9 Ann. Nr. 2. p. 158.

41. Jung, Ph., Behandlung bedrohlicher Blutungen während der Geburt. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 23. p. 1145. (Fortbildungsvortrag.)

42. — Therapie von Myom und Schwangerschaft. Med. Ges. Göttingen. 7. Juli. Bericht Deutsche med. Wochenschr. Nr. 31. p. 1597. (Bericht über Geburtsstörungen durch Myome.)

42a. Kaiser, K. F. L., Een geval van atypischen Beengroei, waardoor de nomale baring werd verhinderd. Ned. Tijdschr. v. Geneesk. 2. Helft. Nr. 19. (Frau mit achondroplastischen Veränderungen an den verschiedenen Knochen, besonders an den Hüftgelenken, wo sich sogar pilzartige Wucherungen entwickelt haben und bei der infolge-

dessen eine hochgradige Beckenverengerung entstanden war. Die Kranke wurde mittelst Kaiserschnitt entbunden. Das Kind war gesund, ohne Zeichen der Krankheit seiner Mutter.) (Mendes de Leon.)

43. Kemp, D. C., Ovarialzyste, die während der Entbindung von der Hebamme von der Vagina her entwickelt wurde. Lancet. 1913. Sept. 20. Nr. 12. Vol. 2. p. 865. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 12. p. 462. (Seltener Fall. Durch eine wahrscheinlich von der Hebamme bei der Untersuchung erzeugte Ruptur des hinteren Scheidengewölbes fiel nach der Austreibung des Kindes die Zyste vor, die von der Hebamme als zweite Fruchtblase angesprochen wurde. Obwohl die gut gestielte Zyste erst am dritten Wochenbettstage abgetragen und darauf die Scheidenwunde vernäht wurde, trat glatte Heilung ein.)

44. Kirchberg, Paul, Psychische Störungen während der Geburt. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd. 52. Heft 3. 1913. Festschr. f. Prof. Sioli. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 93.

45. Kocks, Hydrosalpinx, prolabiert durch Zangenversuch. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 25. p. 902.

46. Kopejka, A. J., Herzfehler, Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Inaug.-Diss. München. Febr.

47. Kortum, Wilh., Die Bedeutung der Schwangerschaft und Geburt für die Entstehung und den Verlauf der multiplen Sklerose. Inaug.-Diss. Jena. Juni.

48. Kuntzsch, Über Torpidität des Uterus und ausgetragene Gravidität trotz Retention einer intrauterinen Tamponade. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 5.

49. *Landau, L., Myom und Schwangerschaft. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 31.

50. Lévy, Ed., Dystocie par tumeur ovarique praevia. Ovariotomie abdominale et accouchement par les voies naturelles. Ann. de gyn. et d'obst. Nov. 1913. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 18. p. 678. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 819. (Der Titel sagt das Wesentliche.)

51. *Lindemann, Edw., Blood transfusion. Report of one hundred and thirty-five transfusions by the Syringe-Canula system. Journ. of Amer. Med. Assoc. Vol. 62. Nr. 13. March 28.

52. Llorens, Joaquin Segarra, Herzleiden und Schwangerschaft. Crón. méd. Valencia. Jahrg. 25. Nr. 589. p. 218. 1913. (Spanisch.) Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 4. p. 421.

53. Ludwig, Ileus bei Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Gyn. Helvetica. Frühlingsausgabe.

54. Marek, R., Über einen Fall von Schwangerschaftsakromegalie. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 7.

55. Martin, Ch., Diskussion zu Wilson (Nr. 82). Ebenda.

56. Maxwell, Diskussion zu Barris (Nr. 4). Ebendort.

57. Michaelis, R., Austritt eines Ovarialkystoms aus dem After während der Geburt. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 4.

58. Mosbacher, Emil, Klinisch-experimentelle Beiträge zur Frage: Thyreoidea und Wehentätigkeit. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 75. Heft 2. 1913. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 4. p. 120.

59. *Müller, B., Das Verhalten der Glandula thyreoidea im endemischen Kropfgebiet des Kantons Bern zu Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 75. Heft 2. p. 264. 1913.

60. Newell, F. S., The ideal obstetric ont patient clinic. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Vol. 69. Nr. 2. p. 256. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 4. p. 546.

61. Newnham, Diskussion zu Wilson (Nr. 82). Ebendort.

62. *Puech, P., Des tumeurs de l'ovaire dans leurs rapports avec l'accouchement et les suites de couches. Montpellier méd. Tome 37. Nr. 28. p. 25. Nr. 29. p. 49. 1913. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 4. p. 682.

63. — et J. Vanverts, Traitement des tumeurs de l'ovaire pendant l'accouchement. Rev. prat. d'obst. et de gyn. Ann. 22. Heft 3. p. 81.

64. v. Radwanska, Geburt bei Sclerosis disseminata. Krakauer gyn. Ges. 11. März 1913. Bericht Gyn. Rundschau. Nr. 8. p. 307. (Die Geburt verlief ganz glatt, die Wehen waren kräftig, die Schmerzempfindung normal.)

65. Richter, J., und V. Hiess, Über das für die erste Geburt günstigste Alter. Monatsschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. p. 625. 1913. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 7. p. 280.

65a. Ringsted, Zwei Tilfaelde af Fergiftening af den fódende ved Injection of Pituglandol (Roche). (Zwei Fälle von Vergiftung der Gebärenden durch Injektion von Pituglandol [Roche].) Ges. f. Gyn. u. Obst. Kopenhagen. 4. Febr. Ref. Ugeskr. f. Laeger. p. 1888—1889. (Ca. eine Stunde nach Injektion von 1 ccm Pituglandol sah Verf. kollapsähnliche Zustände.) (O. Horn.)
66. Rooy, A. H. M. J. van, Myom und Schwangerschaft. Nederl. Maandschr. vor Verlosk en Vrouwenz. Jahrg. 3. Nr. 6. p. 343. (Kindskopfgrosses Cervixmyom, welches das Becken unter Kompression der Harnröhre verlegte. Deshalb am Ende der Schwangerschaft Sectio.)
67. Savage, Diskussion zu Wilson (Nr. 82). Ebendort.
68. *Schumann, Edw. A., The mechanism of labour from the standpoint of comparative anatomy, with a report of cases of dystocia in wild animals. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Vol. 69. Nr. 4. p. 637.
69. Sselitzsky, S. A., Geburt nach Operation eines Anus vulvaris. Journ. f. Geb. u. Gyn. p. 595. (Russisch.) Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 38. p. 1259. (Zweimal glatte Spontangeburt ohne Zerreissung der Operationsnarben.)
70. Stoeckel, W., Geburtshilfe. Jahreskurse f. ärztl. Fortbild. Jahrg. 5. Heft 7. J. F. Lehmanns Verlag.
71. Strassmann, P., Kaiserschnitt bei Myom. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin. 9. Jan. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 76. Heft 2. p. 539. (41jährige Ipara mit vorn im Becken eingekeiltem Myom, bei der am Ende der Gravidität der Kaiserschnitt mit anschliessender Totalexstirpation des Uterus vorgenommen wurde.)
72. Snoo, de, Fibroma ovarii und zystöses subseröses Myom, entfernt bei einer Gebärenden. Nederlandsche Gyn. Vereenig. zu Amsterdam. 30. Nov. 1913. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 10. p. 384.
73. Thaler, Leukämie und Schwangerschaft. Geb.-gyn. Ges. in Wien. 20. Jan. Bericht Gyn. Rundschau. p. 619.
74. Tuller, M. B., The management of obstetrical cases. Med. Council. Vol. 19. Nr. 5. p. 179. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 5. p. 328.
75. Vassel, Table-lit obstétricale. Presse méd. Ann. 22. Nr. 14. p. 134. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 4. p. 546.
76. Veit, Joh., Diskussion zu E. Zweifel (Nr. 86). Ebendort.
77. Vetter, Hans, Rektumtumoren als Geburtshindernis. Inaug.-Diss. Rostock. Okt.
78. Vineberg, Ovarian cyst with twisted pedicle complicating pregnancy at eight months. Transact. of the New York Obst. Soc. Meeting April 14. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Vol. 70. Nr. 1. p. 68. (28jährige IIgravida mit Stieldrehung eines kindskopfgrossen linksseitigen multilokulären Ovarialkystoms im achten Monat der Gravidität. Abdominale Ovariotomie. Zwei Tage später spontane Frühgeburt.)
79. Vinson, Les risques de rupture utérine au cours de l'extériorisation dans la césarienne. Thèse de Toulouse 1913. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 820.
80. *Vogt, E., Über die Bedeutung der Kyphoskoliose für Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Arch. f. Gyn. Bd. 102. Ref. Münchn. med. Wochenschr. 1915. Nr. 1. p. 13.
81. Weber, Fr., Die Tamponade in Geburtshilfe und Gynäkologie. Eine klinische und experimentell-bakteriologische Studie. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 4 u. 5. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 11. p. 416.
82. Wilson, Concealed accidental haemorrhage; caesarean section; recovery. Midland. Obst. and Gyn. Soc. March 3. Ref. Lancet. March 28. Nr. 4726. p. 898. (Demonstration des exstirpierten Uterus mit ausgedehnten subperitonealen und intramuskulären Hämorrhagien bei hochgradiger hyaliner (?) Degeneration der Muskelelemente des Uterus. Unter welchen Symptomen der Fall zur Operation kam, geht aus dem mir zugänglichen Referat in „Lancet" nicht hervor.)
83. Zimmermann, Rob., Über die Ursache schneller Spontangeburten bei Rückenmarkserkrankungen. Freie Vereinig. mitteldeutsch. Gyn. in Halle. 1. Febr. Bericht Zentralbl. f. Gyn. Nr. 23. p. 849.
84. *— Über die Ursache des überraschend schnellen Geburtsablaufes bei Rückenmarkserkrankungen. Arch. f. Gyn. Bd. 102. Heft 3. p. 563.
85. Zinsmeister, A., Beeinflussung der Wehentätigkeit durch Skopolamin-Pantopon und Skopolamin-Narkophin-Injektionen. Inaug.-Diss. München 1913.
86. Zweifel, E., Über den Einfluss des Alters der Kreissenden auf die Geburt. Freie Vereinigung mitteldeutsch. Gyn. in Halle. 1. Febr. Bericht Zentralbl. f. Gyn. Nr. 23. p. 845.

In einer äusserst anregenden, leider zu kurzem Referat gar nicht geeigneten Abhandlung zeigt Edward A. Schumann (68), dass auch bei den verschiedensten wilden Säugetieren die bei der Geburt wirksamen Faktoren denselben Gesetzen folgen wie beim Menschen und Störungen des Geburtsvorganges an denselben Punkten ansetzen. Dieser Leitgedanke wird an einzelnen Beispielen, unterstützt von guten Abbildungen, treffend erläutert.

Mehrfach ist im Berichtsjahre die Frage der Geburtsleitung bei Dystokie infolge von Ovarialtumoren behandelt worden. Neben reichlicher Kasuistik wurde auch versucht, den prinzipiellen Standpunkt zu erläutern. Auffallend ist darunter vor allem die Mitteilung von Badia (3), der auf Grund seiner Literaturstudien die Überzeugung gewonnen hat, dass die abdominale Ovariotomie während der Geburt so grosse Gefahren biete, dass sie prinzipiell durch irgend ein vaginales Verfahren zu ersetzen sei. Badia dürfte mit dieser Meinung wohl nur der Zustimmung einer kleinen Minorität sich erfreuen.

Die umfassendste Bearbeitung der ganzen Frage stammt von Puech (62), der sich auf ein Material von 455 Geburten bei Trägerinnen von Ovarialtumoren stützt. Insgesamt sind danach in etwas mehr als der Hälfte der Fälle (60%) Geburtsstörungen zu erwarten; und zwar gilt das annähernd für die verschiedensten Arten von Ovarialtumoren. Nur diejenigen Ovarialtumoren, die zur Zeit der Geburt noch völlig im Becken sitzen, veranlassen fast ausnahmslos (94%) Störungen des Geburtsvorganges. Die Art der Geburtsstörung ist am schwersten bei diesen letztgenannten Fällen: mechanische Obstruktion. Aber auch ohne solche sind Geburtsstörungen möglich dadurch, dass das Kind zu abnormer Lage oder Haltung gezwungen wird, Nabelschnur- und Extremitätenvorfall leichter eintreten können. Von manchen Seiten ist auch behauptet worden, dass Plazentarretention und Nachgeburtsblutungen besonders häufig vorkämen; Puech kann das nicht bestätigen. Seltene Komplikationen sind heute bei mechanischer Verlegung des Geburtskanals die Uterusruptur oder das Vortreten des Ovarialtumors durch einen Riss in der Scheide oder im Rektum. (cf auch oben angeführte Fälle von Kemp und Michaelis). Dünnwandige Zysten platzen leicht. — Therapeutisch ist ein Eingreifen sub partu natürlich nur nötig, wenn das Becken nicht frei ist. Dazu schlägt Verf. die abdominale Ovariotomie vor mit nachheriger Entbindung per vias naturales. — 21 eigene Fälle ohne Todesfall —; nur in Fällen, in denen es nicht gelingt, neben dem graviden Uterus den Tumor aus dem Becken zu entfernen, möge man vorher die Gebärmutter vermittelst abdominalen Kaiserschnittes entleeren, die Ovariotomie anschliessen. Verf. erörtert auch die Wochenbettskomplikationen in klarer Weise, doch gehört das Referat hierüber nicht an diese Stelle.

Unter den die Geburtskomplikationen durch Myome behandelnden Arbeiten sei hier die Arbeit von L. Landau (49) genannt. Er befürwortet in jedem derartigen Falle, in dem Geburtsstörungen zu erwarten sind, bei Wehenbeginn den abdominalen Kaiserschnitt mit anschliessender Totalexstirpation oder supravaginaler Amputation des Uterus.

E. Vogt (80) behandelt in sehr klarer Weise die Bedeutung der kyphoskoliotischen Raumbeengung für die Herzarbeit unter der Geburt. Mit Recht wird die Gefahr der Herzüberanstrengung und Herzerlahmung bei hochgradigen Kyphoskoliosen hoch veranschlagt und demgemäss sorgfältige Überwachung des Herzens während der Geburtsarbeit, nötigenfalls eine schonende Beschleunigung der Entbindung oder bei vorher auftretender Dekompensation selbst eine Unterbrechung der Gravidität gefordert.

Auch die Bedeutung der Herzklappenfehler unter der Geburt hat verschiedentlich das Interesse der Autoren gefesselt. Unter anderen betont H. A. Freund (27), dass bei Störungen der Herztätigkeit sub partu eine möglichst schonende, aber doch beschleunigte Entleerung des Uterus zur Entlastung des Herzens erforderlich sei, daneben aber eine bedrohliche Herzschwäche durch

intravenöse Verabreichung von Strophantin zu bekämpfen sei. Barris (5) empfiehlt im Anschluss an den oben mitgeteilten Fall den Kaiserschnitt in Lumbalanästhesie als ein schonendes Entbindungsverfahren für einschlägige Fälle. — Groué (32) berichtet über 42 Fälle von klappenkranken Frauen, die 112 Schwangerschaften mitgemacht haben; darunter kamen drei Todesfälle unter der Geburt vor. Abortus trat in 10,4 % der Fälle ein.

Bei Spina bifida dauert nach Gilles (30) die Eröffnungsperiode gewöhnlich länger, die Austreibungsperiode dagegen um so kürzer, weil durch Lähmung der Beckenbodenmuskulatur der Weichteilwiderstand sehr herabgesetzt ist.

Aus der interessanten und sorgfältigen Arbeit von B. Müller (59) ist auch in diesem Zusammenhange einiges zu erwähnen. So kommt der Schwangerschaft und dem Geburtsvorgange eine wichtige ätiologische Rolle für das Überwiegen von Schilddrüsenerkrankungen beim weiblichen Geschlecht zu. Mit der Zahl der Geburten bzw. Schwangerschaften wächst im endemischen Kropfgebiet die Neigung zu zystöser oder nodöser Entartung der Schilddrüse; die Geburtsvorgänge geben häufig den Anstoss zu einer bleibenden Schwellung der Schilddrüse. Weiter glaubt Verf. festgestellt zu haben, dass der endemische Kropf im Gebiet des Kantons Bern die Hauptrolle für die Entstehung des allgemein verengten Beckens spielt; die Hauptherde des Kropfes zeigen auch die grösste Zahl allgemein verengter Becken, die ausserdem durch Aplasie und Hypoplasie der Schilddrüse (Kretinismus) häufig hervorgerufen werden.

Für alle jene Fälle, in denen die Entfernung des Uterus aus irgend einem Grunde (Cervixkarzinom, Ruptur, wegen Infektionsgefahr) wünschenswert ist, empfehlen Casalis und Lecocq (14) die Entbindung durch Exstirpation des uneröffneten Uterus vorzunehmen, wobei das Kind erst aus dem exstirpierten Gterus befreit wird. Der Eingriff ist sehr schnell auszuführen, die Blutung fast Null, eine Infektionsgefahr jedenfalls wesentlich geringer, als wenn der Uterus in der Bauchhöhle eröffnet wird.

Eduard Lindemann (51) hat im Jahre 1913 im Amer. Journ. of Dis. of Children eine Methode der Bluttransfusion mit einfachen Spritzen und besonderen Kanülen mitgeteilt. Er verweist hier auf die Beschreibung der Technik und berichtet nach Erfahrungen an 135 Fällen über die erzielten Erfolge, die in der Tat ausgezeichnete sind. Bezüglich aller Details der Indikationsstellung und Quantität des zu transfundierenden Blutes auf die ausführlichen Tabellen der Arbeit verweisend, möchte ich hier nur hervorheben, dass es ihm gelang, in einer Sitzung 1400—2000 ccm Blut zu transfundieren. Die Methode dürfte daher auch für geburtshilfliche Zwecke einer Nachprüfung wert sein.

II. Mütterliche Störungen.

A. Bei der Geburt des Kindes.

1. Äusseres Genitale und Scheide.

1. Ammenhäuser, W., Über die operative Behandlung der kompletten Dammrisse und ihre Resultate. Inaug.-Diss. Würzburg 1913. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 19. p. 706. (Bei 24 frischen Dammrissen Primärheilung in 80%.)
2. Barozzi, J., et Fournier, Un cas de vagin double chez une femme enceinte à terme. Gyn. Ann. 18. Nr. 3. p. 197. (Durchtrennung des Septums zwei Tage vor der Geburt; sonst nichts Bemerkenswertes.)
3. Baughman, Greer, Experiences with a method of immediate repair of perineal lacerations. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Vol. 69. Nr. 5. p. 810. (Nichts Neues.)

4. Best, N. D., Schwangerschaft bei imperforiertem Hymen. Brit. Med. Journ. May 2. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 27. p. 970.
5. Brouha, Diskussion zu Couwenberghe (Nr. 6). Ebendort. (Empfiehlt zur Beschleunigung der Blutgerinnung subkutane Injektion von 10 ccm 8—10%iger Peptonlösung.)
6. Couwenberghe, van, Thrombus et hématomes vulvo-vaginaux. Bull. de la soc. belge de gyn. et d'obst. Tome 23. Nr. 8. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 23/24. p. 718. (Sehr grosses Hämatom nach rascher Austreibung bei einer 32jährigen IVpara ohne Nephritis und Varizen. Ursächlich dürften also nur die starken Presswehen in Betracht zu ziehen sein. Therapeutisch Empfehlung absoluten Abwartens; auch keine Scheidentamponade.)
7. Mc Donald, Ellice, Studies in obstetrics and gynecology. A series of contributions on diseases of women. 14. Laceration of the perineum and primary repair. Amer. Med. Vol. 19. Nr. 11. p. 733. 1913. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 4. p. 121.
8. Henrotay, Diskussion zu van Couwenberghe (Nr. 6). Ebendort. (Empfiehlt feste Scheidentamponade.)
9. Jacobs, Diskussion zu van Couwenberghe (Nr. 6). Ebendort. (Betont ebenfalls die Notwendigkeit absoluten Abwartens.)
10. Jeannin, C., Dystocie par occlusion cicatricielle du vagin. Césarienne mutilatrice. Guérison. Bull. de la soc. d'obst. et de gyn. de Paris etc. 2 Ann. Nr. 8. p. 658. 1913. (Titel sagt alles Wesentliche.)
11. Kemp, D. C., Ovarian cyst exposed per vaginam during delivery by a midwife. Lancet. Vol. 2. Nr. 12. p. 865. 1913. (Cf. Nr. 43 des vorigen Abschnittes.)
12. Klages, Wilh., Heilungstendenz der Episiotomie gegenüber dem Dammriss. Inaug.-Diss. Göttingen 1913. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. p. 124. (Unter 547 Dammrissen heilten 85,6%, unter 99 Episiotomien nur 75% primär.)
13. Küttner, O. J., Ein Fall von Kaiserschnitt mit Uterusexstirpation wegen retrozervikalem Myom. Journ. f. Geb. u. Gyn. p. 69. (Russisch.) Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 14. p. 538.
14. Lange, Doppelbildungen der Gebärmutter und Scheide, sowie Entbindungen bei solchen. Med. Ges. in Magdeburg. 26. Febr. Bericht Münchn. med. Wochenschr. Nr. 17. p. 962.
15. Malkowsky, Geburt bei Uterus septus und Vagina septa. Festschr. f. Prof. Pobedinsky. p. 239. Moskau. (Russisch.) Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. p. 598. Bd. 5. (Sagittales Scheidenseptum, zwei Orificia externa. Das linke Horn war das gravide, die Plazenta sass zum Teil am Septum. Spontane Frühgeburt des 1650 g schweren Kindes, wobei das Scheidenseptum einriss.)
16. Mauwaring-White, R., Schwangerschaft bei imperforiertem Hymen. Brit. Med. Journ. March. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 27. p. 978.
17. *Meda, Carlo, La distocia da sepimento trasversale della vagina. Arte ostetr. Anno 28. Nr. 2. p. 17. Nr. 3. p. 33. (32jährige Ipara; im oberen Scheidendrittel ein transversales Septum mit nur 2 mm weiter, zentraler Öffnung. Bei erweitertem Muttermund wurden vier radiäre Inzisionen in das Septum gemacht, der Kopf mit der Zange etwas tiefer gezogen, dann weiter die spontane Austreibung abgewartet. Keine Blutung. Drei Wochen post partum war von dem Septum nur noch ein niedriger Saum nachweisbar.)
18. Nissen, Otto, Die Heilungsergebnisse der frischen Dammrisse dritten Grades. Inaug.-Diss. Leipzig. Juli.
19. Öhmann, K. H., Zwei Fälle von Haematoma vulvae. Duodesun. Bd. 30. Heft 3. p. 149. (Finnisch.) Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 5. p. 136.
20. Piechulek, Walter, Zur Ätiologie der Zentralruptur des Dammes. Inaug.-Diss. Greifswald. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. p. 124.
21. *Pouliot, Dystocie consécutive à une périnéorrhaphie avec suture étendue du releveur de l'anus. Bull. de la soc. d'obst. et de gyn. de Paris etc. 3 Ann. Nr. 4. p. 274.
22. *— L., La périnéorrhaphie avec suture du releveur de l'anus cause de dystocie. Journ. de méd. de Paris. Ann. 34. Nr. 23. p. 451. Ref. Zentralbl. .f d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 5 p. 523. (Infolge hoher Dammnaht sechs Monate nach der ersten Geburt konnte bei der zweiten Geburt der Kopf die Rotation unterhalb der Schossfuge nicht ausführen, sondern bohrte sich in den Damm wie in eine Tasche ein, so dass nach vergeblichem Versuch, den Kopf vom Rektum aus herauszuhebeln, zur Vermeidung eines zentralen

Dammrisses die Inzision gemacht werden musste. Verzicht auf Naht des gequetschten Gewebes, so dass natürlich der Zustand schlechter als nach der ersten Geburt vor der Dammplastik war.)
23. Rudingius, W., Über die Zerreissungen des Scheidengewölbes während der Geburt. Inaug.-Diss. Göttingen 1913. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. p. 124.
24. Ruge, II Carl, Über Gynatresien in der Gravidität. Arch. f. Gyn. Bd. 40. p. 264.
25. Sauer, H. Edw., Injury to pelvic outlet following labor, or any other cause. Should immediate repair be made? Illinois Med. Journ. Vol. 25. Nr. 4. p. 217. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 5. p. 331.
26. Schlank, Ein nach der Geburt entstandenes Haematoma vulvae als Geburtshindernis für den zweiten Zwilling. Krakauer gyn. Ges. 28. Mai 1912. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 8. p. 305. (Titel sagt alles.)
27. Selitzky, S. A., Geburten nach einer Operation wegen Anus vulvaris. Journ. akusch. i shensk. bolesn. Bd. 29. Nr. 4. p. 595. (Russisch.) (Es erfolgten zweimal glatte Spontangeburten ohne Zerreissung der Operationsnarben.)
28. Shewman, E. B., Laceration of the perineum and pelvic floor. National eclectic Med. Assoc. Quart. Vol. 5. Nr. 3. p. 189. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 4. p. 633. (Nichts wesentlich Neues. Lawson-Taitsche Methode.)
29. Stocker, Beitrag zur Geburtsleitung bei totalem Descensus vaginae. Gyn. Helvet. Frühlingsausgabe. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 36. p. 1225.
30. *Swift, Alb. G., Central laceration of the perineum. New York State Journ. of Med. Vol. 13. Nr. 11. p. 601. 1913. (Geburt durch einen Riss, der fast ein Zoll hinter der Commissura post. beginnt und bis an den Sphinkter ani ext. reichte. Es handelte sich um ein Trichterbecken mit engem Schambogen.)
31. Tweedy, E. Hastings, Lacerations of the perineum and their treatment. Dublin Journ. of Med. Science. Vol. 137. Nr. 507. p. 161. Ferner Med. Presse. Vol. 97. p. 195. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 5. p. 136 u. 490.

Im Anschluss an seinen oben berichteten Fall erörtert Meda (17) die geburtshilfliche Bedeutung von Septumbildungen in der Scheide. Sagittale vollständige oder unvollständige Septen haben, da sie meist spontan zerreissen und nicht erkannt werden können, trotz ihrer grösseren Häufigkeit praktisch eine geringere Bedeutung als die transversalen Septen. Ganz abgesehen davon, dass sie eventuell Sterilität bedingen, zu Hämatokolpos führen, geben sie meist auch zu schweren Geburtsstörungen Veranlassung, um so schwerer, je vollständiger sie die Scheide abschliessen und je derber sie sind. Sie sind teils auf Narbenbildung nach Entzündungen zurückzuführen, teils wie in dem angezogenen Falle kongenitale Hemmungsbildungen. Therapeutisch empfiehlt der Verf. bei sorgfältiger Beobachtung des Geburtsvorganges ein Abwarten, bis wirklich sich herausstellt, dass das Septum ein durch die natürlichen Geburtskräfte nicht überwindbares Hindernis darstellt. Dann kommt natürlich eine unblutige Dehnung oder eine Inzision in Frage.

Swift (30) betont die Seltenheit der Zentralruptur des Dammes (unter 80 000 Geburten des Lying-in-Hospitals ein Fall) und bespricht im Anschluss an seinen Fall die für die Entstehung des zentralen Dammrisses ursächlich anzuschuldigenden Momente: Verengerung des Beckenausgangs, besonders im queren Durchmesser, angeborene oder erworbene Schwäche des „Sinus retroperitonealis", worunter er die Partie zwischen Zentrum tendineum perinei und prärektalen Levatorfasern versteht.

Beachtenswert ist die Erörterung von Pouliot (21, 22), der vor einem Zuviel in dem Bestreben, die Geburtsverletzungen des Dammes und des Levator ani zu reparieren, warnt. Anderenfalls, durch zu hohe Vereinigung der Levatoren und Verengerung des Spaltes, werden unphysiologische Verhältnisse geschaffen, die bei einer folgenden Geburt zu noch schwereren und kaum reparabeln Zerreissungen führen. (Bekanntlich verlangt ja Latzko vor Ausführung der Levatornaht die Erlaubnis zur Sterilisierung oder zum Kaiserschnitt bei einer folgenden Geburt. — Ref.)

2. Cervix.

1. *Berecz, Karzinom und Gravidität. Sectio caesarea. Wertheimsche Operation. Ungar. Ärzteverein Budapest. 8. Dez. 1913. Bericht Zentralbl. f. Gyn. Nr. 22. p. 804.
2. Bracht, Penetrierende Drucknekrose des kreissenden Uterus. Ges. d. Charitéärzte. Berlin. 12. Febr. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 14. p. 652. (43jährige XIVpara. Nach 13 glatten Geburten ergaben sich bei der 14. Schwierigkeiten. Nach $3\frac{1}{2}$tägiger vergeblicher Geburtsarbeit kam die Frau in die Klinik. Es handelte sich um einen hohen Geradstand. (Positio occipitalis sacralis). Entbindung durch Wendung und Extraktion. Fünf Stunden post partum Schmerzen, Erbrechen, erhöhte Pulsfrequenz. Daraufhin vorgenommene Laparotomie ergab an der Hinterseite des Uterus in Höhe des inneren Muttermundes ein wie ausgestanzt aussehendes Loch, welches durch Drucknekrose entstanden war.)
3. Bumm, Diskussion zu Ruge (Nr. 11). Ebendort. p. 547.
4. *Cathala, V., Accouchements dystociques dus à une hystéropexie isthmique. Soc. d'obst. et de gyn. de Paris. 11 Mai. Bull. de la soc. d'obst. et de gyn. de Paris etc. 3 Année. Nr. 5. p. 396.
5. Dublanc, Epithélioma du col et grosssse. Thèse de Bordeaux. 1913. Nr. 74. p. 73. (A. Destout.) Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 4. p. 278.
6. Fischer, Fritz, Portiomyom als Geburtshindernis. Inaug.-Diss. Jena. August.
7. Kosmak, Geo W., Report on a case of caesarean section followed by hysterectomy for dystocia due to a fibroid in the lower uterine segment. Transact. of the New York Acad. of Med. Meeting Jan. 27. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Vol. 69. Nr. 4. p. 710. (Titel sagt alles.)
8. Mars, Über die Blutstillung aus bedeutenderen Rissen der Muttermundsränder sub partu stammender Blutungen. Lwowski Tygodnik Lekarski. 1913. Nr. 9 u. f.
9. Peterson, L., Ein Fall von Ruptura colli uteri post partum. Finska Läkaresällsk. Handl. Bd. 55. Nr. 12. p. 744. 1913. (Schwedisch.) Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 4. p. 280.
10. Rudaux, P., De l'oblitération de l'orifice externe du col de l'utérus pendant le travail. Clin. (Paris). Ann. 8. Nr. 38. p. 603. 1913. (Offenbar handelte es sich um eine Conglutinatio orificii externi.)
11. Ruge, Carl II, Über Gynatresie bei Gravidität. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin. 9. Jan. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 76. Heft 2. p. 544.
12. Schlüter, H., Ein Fall von Conglutinatio orificii externi intra partum. Inaug.-Diss. München 1913. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 16. p. 615.
13. Sigwart, Diskussion zu C. Ruge (Nr. 11). (Sigwart berichtet über einen Fall von vollständiger Verwachsung des äusseren Muttermundes bei einer Ipara, von dem auch nicht eine Spur mehr zu sehen war.)
14. Strassmann, P., Entbindung bei Carcinoma cervicis und Exstirpation des frisch entbundenen Uterus. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin. 27. Febr. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 76. Heft 2. p. 586. (Inzisionen in den infolge des Karzinoms ganz rigiden Muttermund, Entwicklung des Kindes per vias naturales, dann vaginale Exstirpation des Uterus.)
15. *Sullivan, Rob. Y., Pregnancy and labor complicated by carcinoma of the cervix uteri. Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. 62. Nr. 22. May 30. p. 1715. (34jährige Vpara. Das Karzinom wurde im sechsten Graviditätsmonat, nachdem Patientin bereits seit zwei Monaten Blutungen und Ausfluss gehabt hatte und jetzt wegen Schmerzen zum Arzt kam, entdeckt. Um ein lebendes Kind zu erzielen, wurde abgewartet. In der 36. Woche spontan Eintritt von Wehen; Schwierigkeiten bei der Entfaltung der Cervix, deshalb Sectio mit supravaginaler Amputation des Uterus. Die Cervix war so in starr infiltriertem Gewebe eingebettet, dass ihre Entfernung unmöglich war. Zunächst glatte Wundheilung, dann rapide Kachexie.)
16. Warren, Stanley P., Cesarean section for complete prolapse of the cervix. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Vol. 69. Nr. 3. p. 432. (Titel sagt alles.)

Das Thema „Karzinom und Gravidität" wird ausführlich von R. Y. Sullivan (15) behandelt. Die Komplikation ist ja im allgemeinen sehr selten (1 : 2000), es ist aber verständlich, dass, wo ein Karzinom besteht, dessen Wachstum unter

den günstigen Ernährungsbedingungen in der Gravidität rasche Fortschritte machen wird. Oft ist das Fortschreiten ganz erstaunlich, das Bindegewebe wird bald infiltriert, Metastasen treten auf — kurz die Prognose ist fast absolut ungünstig für die Mutter. Aber auch für das Kind bedingen häufiger Abort, andere Eingriffe, Absterben vor der Entbindung eine hohe Mortalität (ca. 50%). Bei der Geburt selbst drohen Zerreissungen, Blutungen, Schwierigkeiten in der Entfaltung infolge Rigidität der Cervix. Daher besteht auch das einzig mögliche Verfahren zur Rettung von Mutter und Kind in dem Kaiserschnitt mit unmittelbar angeschlossener Radikaloperation des Karzinoms auf abdominalem Wege — sofern eine Radikaloperation nach Lage des Falles noch möglich ist.

Auch Berecz (1) stellt sich bei weit vorgeschrittenen, inoperablen Fällen auf diesen Standpunkt. Bei operablen soll man dagegen in jedem Zeitpunkt der Gravidität sofort die Radikaloperation ohne jede Rücksicht auf das Kind vornehmen.

Cathala (4) beschäftigt sich mit der Frage der Antefixationsgeburt. Um Geburtsstörungen zu vermeiden, ist der Uterus möglichst tief im Isthmus zu fixieren. Dann kann das Corpus uteri sich frei entwickeln und Geburtsstörungen bleiben in der Regel aus. Gelegentlich freilich treten sie trotzdem ein, wie ein hier mitgeteilter Fall einer Frau lehrt, bei der es in fünf Schwangerschaften trotz tiefer Fixation regelmässig zu Geburtsstörungen (vorzeitiger Blasensprung, regelwidrige Lagen) mit Verlust der Kinder kam, bis in einer weiteren Gravidität die Entbindung mittelst Kaiserschnitt ein lebendes Kind ergab. Die Geburtsstörungen waren nach Cathalas Ansicht teils auf eine breite Fixation des Kollums, teils auf mangelhafte Erweiterungsfähigkeit des unteren Uterinsegmentes zurückzuführen. Man darf daraus den Schluss ziehen, dass auch die tiefe Fixation bei Frauen im gebärfähigen Alter zu verwerfen und durch irgend eine Methode der Verkürzung der Ligamenta rotunda zu ersetzen sei.

3. Uteruskörper und Uterusruptur.

1. Abuladze, D., Zur Lehre über die Schwangerschaft im sogenannten rudimentären Uterushorn und Beschreibung eines solchen Falles von ausgetragener Schwangerschaft, welcher vor der Operation diagnostiziert wurde. Journ. akusch. i shensk. bolesn. Ref. Gyn. Rundschau. Nr. 8. p. 302.
2. Alderson, G. G., Zwei Fälle von Kontraktionsring während der Geburt. Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 24. Nr. 4. 1913. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 19. p. 709.
3. Alin, Fall von Gebärmutterriss. Svenske Läkaresällsk. Handlingar 1911 oder 1912. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 235. (Anscheinend eine Spontanruptur während der Geburt; trotz Laparotomie Exitus.)

3a. Alsberg, Über puerperale Uterusinversion. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. Nr. 5. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 23. p. 858. (Grundursache ist primäre Insuffizienz der Uterusmuskulatur. Unterschied zwischen partieller und totaler. Bei ersterer Therapie: Sekale o. dgl., eventuell Tamponade des Uterus, bei letzterer manuelle Reposition in Narkose mit Uterusscheidentamponade, selten Spaltung der vorderen und hinteren Uteruswand.) (Heimann.)

4. Audebert, Rupture utérine. Soc. d'obst. et de gyn. de Toulouse. 4 Févr. Bull. de la soc., d'obst. et de gyn. de Paris etc. 3 Année. Nr. 2. p. 139.
5. Avarffy, Elek v., Zwei durch Laparotomie geheilte Fälle spontan entstandener Gebärmutterrupturen. Kgl. ungar. Ärzteverein Budapest. 10. Febr. Bericht in Zentralbl. f. Gyn. Nr. 22. p. 811.
6. — und Alex. Brosz, Dasselbe. Ebenda.
7. Bársony, Diskussion zu Brosz (Nr. 17). Ebendort.
8. Bauereisen, Fall von spontaner Uterusruptur in der Schwangerschaft. Nordwestd. Ges. f. Gyn. Hamburg. 16. Mai. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. p. 426. (24jährige Igravida, Ruptur im achten Monat nach Sturz von der Treppe.)

9. Behrend, Alfred, Ein Fall von Prolaps des kreissenden Uterus durch eine Bauchdeckenhernie nebst Aufzählung ähnlicher Fälle. Inaug.-Diss. Jena. Juni.
10. *Bertlich, Heinz, Schwangerschaft und Geburtsstörungen bei Missbildung des Uterus, speziell bei Uterus bicornis. Wiener klin. Rundschau. Nr. 21. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 25. p. 1286.
11. Biancardi, Guido, Inerzia uterina in sopraparto. Conf. prom. d'assoc. lomb. frale levatrici. Milano. 12. Giugno 1913. Arte ost. Anno 27. Nr. 16. p. 241. Nr. 17. p. 257. Nr. 18. p. 273. 1913. (Nichts Neues; klinischer Vortrag.)
12. Bode, Diskussion zu Kehrer (Nr. 51). Ebendort. (Berichtet über zwei eigene Fälle von Uterusruptur.)
13. Bonnet, Erhard, Vier Fälle von Geburtsstörungen nach vaginaler Fixation des Uterus. Inaug.-Diss. Greifswald 1913. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. p. 124. (Nichts Neues.)
14. *Bonney, V., A case of caesarean myomectomy. Proceed. of the royal Soc. of Med. Vol. 7. Nr. 3. Obst. and Gyn. Sect. p. 121. (30jährige Ipara mit multiplen Myomen. Am Ende der Gravidität Kaiserschnitt mit unmittelbar angeschlossener Enukleation von sechs Myomen, deren eines submukös gelegen, zystisch degeneriert, dabei melonengross war und wobei die Uterushöhle wieder eröffnet werden musste. Mässige Blutung; glatte Heilung.)
15. *Breitstein, Louis J., Rupture of the uterus following caesarean section. Journ. of Amer. Med. Assoc. Vol. 62. Nr. 9. p. 689. (Bei der ersten Geburt wegen eines grossen Hämatoms der Scheide Sectio; fieberhafter Verlauf mit Bauchdeckeneiterung. Glatte Geburt am Ende der zweiten Gravidität. Jetzt gegen Ende der dritten Gravidität Spontanruptur in der alten Narbe. Heilung.)
16. Brösc, Diskussion zu Wolff (Nr. 100). Ebendort. (Brösc wendet gegen Wolff ein, dass es sich ja gar nicht um einen streng zervikalen Schnitt gehandelt habe, sondern derselbe noch ins Corpus hinein reichte.)
17. Brosz, Al., Demonstration von Uterusrupturen. Kgl. ungar. Ärzteverein Budapest. 10. Febr. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 22. p. 811.
18. Brown, W. M., Diskussion zu Kosmak (Nr. 54.) Ebendort. p. 92.
19. Büschel, Martin, Über schmerzlose Geburtswehen. Inaug.-Diss. Heidelberg.
20. Buist, R. C., Uterus gravidus septus. Brit. Med. Journ. April 25.
21. Bumm, E., Diskussion zu Wolff (Nr. 100). Ebendort. p. 749. (Bumm wendet sich gegen Jollys Überschätzung der Rupturgefahr und seine darauf gegründeten viel zu weitgehenden Vorschläge.)
22. Cathala, V., Accouchements dystociques dus à une hystéropexie isthmique. Bull. de la soc. d'obst. et de gyn. de Paris etc. 3 Année. Nr. 5. p. 396. Ferner Gynec. Ann. 18. Nr. 1. p. 361. (Cf. das Referat am Ende des vorigen Abschnittes.)
23. Chambrelent, Diskussion zu Fieux (Nr. 34). Ebendort. p. 288.
24. Chiaje, Delle S., Sur la résistence de la cicatrice utérine dans l'opération césarienne extrapéritonéale. Rev. mens. de gyn., d'obst. et de péd. Ann. 9. Nr. 4. p. 244. (Bei der Patientin, die nach extraperitonealem Kaiserschnitt am Ende der ersten Gravidität eine rechtsseitige Parametritis durchgemacht hatte, fand sich bei der Wiederholung der Operation am Ende der zweiten Schwangerschaft an Stelle der alten Kaiserschnittnarbe eine hühnereigrosse, papierdünne Vorstülpung der Wand.)
25. Chiarabba, U., Rottura spontanea della cicatrice uterina consecutiva alla operazione cesarea classica. Torino, Tip. G. U. Cassone succ. 1913. 13 p. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 4. p. 589.
26. Chworoff, W., Ein Fall von kompletter spontaner Uterusruptur intra partum. Sibirsky Wratsch. Jahrg. 1. Nr. 13. p. 247. (Russisch.) Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 5. p. 136.
27. *Crawford, Walter W., Rupture of the uterus. Southern Med. Journ. Vol. 7. Nr. 5. p. 403.
28. Demelin et Petit, Spasme de l'utérus parturient. Bull. de la sovc. d'ost. et de gyn. de Paris etc. 2 Année. Nr. 9. p. 762. 1913. — Dasselbe. Rev. mens. de gyn., d'obst. et de péd. Ann. 9. Nr. 1. p. 17. (Fusslage; nach langdauernder Eröffnungsperiode wurde ein Kontraktionsring entdeckt, den Verf. für die beobachtete Wehenhemmung verantwortlich macht. Trotzdem der Kontraktionsring in Höhe des Nabels stand, war angeblich keinerlei Rupturgefahr vorhanden. Nach Herabholen des Fusses glatter Verlauf der Geburt.)

28a. Edge, F. A., Inversion of the Uterus. Midl. Obst.-gyn. Soc. Meeting on March 3. Ref. Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. p. 296. (Manuelle Reposition am sechsten Wochenbettstag nach Cervixerweiterung.) (J. Veit.)
29. Eisenstadt, Saul, Über spontane Uterusruptur sub partu. Inaug.-Diss. Berlin. Febr.
30. Endelmann, Ruptur der Kaiserschnittsnarbe bei einer neuen Gravidität. Gyn. Sitzungen der Warschauer ärztl. Ges. Przegl. chir. i gin. Bd. 9. Heft 3. p. 352. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 11. p. 409.
31. Ernst, R. v., Etude clinique et histologique de quatre cas d'utérus unicornes avec corne accessoire rudimentaire (dont un cas avec rupture de la corne accessoire gravide de 4 mois ½). Gyn. Helvet. Ann. 14. Frühlingsausgabe. p. 177. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 5. p. 697.
32. Everke, Pituitrin und Ruptura uteri. Niederrhein.-westfäl. Ges. f. Geb. u. Gyn. 11. Jan. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39 p. 553. (Bei relativem Missverhältnis zwischen Kopf und Becken wurde durch die mittelst Pituitrin gewaltsam gesteigerte Wehentätigkeit die Ruptur veranlasst.)
33. Ferré, Diskussion zu Audebert (Nr. 4). Ebendort.
34. Fieux, G., Rupture utérine (présentation de pièce). Soc. d'obst. et de gyn. de Bordeaux. 10 Févr. Bull. de la soc. d'obst. et de gyn. de Paris etc. 3 Année. Nr. 4. p. 286. (19jährige Ipara; tiefer Sitz der Plazenta, offenbar Querlage, Armvorfall, ausserhalb der Klinik anscheinend mehrere vergebliche Wendungsversuche, so dass bei der Einlieferung auch beide Füsse sich in der Scheide befanden. Vollendung der Wendung, Extraktion — wonach die ausgedehnte transversale Ruptur des Uterusausführungsganges entdeckt wurde. Die Plazenta lag in der Bauchhöhle. Subtotale Hysterektomie; sieben Stunden später Exitus.)
35. Flamma, Silvio, Rottura spontanea incompleta del segmento inferiore dell' utero in travaglio di parto. Gazz. ital. d. levatr. Anno 3. Nr. 4. p. 57. (Spontanruptur bei engem Becken während der Geburtsbeobachtung, als eben zum Kaiserschnitt vorbereitet wurde. Supravaginale Amputation, Heilung.)
36. Frank, G. V., Beitrag zur Lehre von der Uterusruptur an Hand von 11 eigenen Fällen. Inaug.-Diss. Giessen. (Die Fälle entstammen sämtlich der Anstalt in Cöln-Lindenthal.)
37. Franz, Rupert, Ein Beitrag zur Therapie der Uterusruptur. Mitteilungen des Vereins d. Ärzte Steiermarks. Jahr. 51. Nr. 3. p. 81. (Momburgscher Schlauch zur Blutsparung während der Vorbereitungen zur Operation. Franz zieht den Momburgschen Schlauch dem Aortenkompressorium von Gauss vor, weil ersterer auch die Spermaticae abschnürt.)
38. Frühinsholz, A., und G. Gross, Opération césarienne dans un cas d'utérus double. Hémi-hystérectomie. Soc. obst. et gyn. de Nancy. 22 Janv. Bull. de la soc. d'obst. et de gyn. de Paris etc. 3 Année. Nr. 1. p. 60. (Der Titel sagt das Wesentliche. Es handelte sich um einen Uterus bicornis uno latere rudimentarius. Auch die folgenden allgemeinen Erörterungen bringen nichts Neues.)
39. — et Job, Opération césarienne mutilatrice dans un cas d'utérus unicorne. Soc. obst. et gyn. de Nancy. 22 Janv. Bull. de la soc. d'obst. et de gyn. de Paris etc. 3 Année. Nr. 1. p. 75. Ferner Annal. de gyn. et d'obst. Tome 11. Nr. 4. p. 237.
40. Gilles, Diskussion zu Audebert (Nr. 4). Ebendort.
41. Giusti, Giulio, Rottura non penetrante dell' utero in sopraparto per idrocefalia fetale. Gazz. ital. d. levatr. Anno 3. Nr. 7. p. 98. (Titel sagt das Wesentliche.) Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 5. p. 186.
42. Goldsborough F. C., Diskussion zu Kosmak (Nr. 54). Ebendort. p. 93.
43. Grosse, A., Fistule utéro-pariétale, consécutive à une opération césarienne, Deuxième opération césarienne. Hystérectomie. Bull. de la soc. d'obst. et de gyn. de Paris. 3 Année. Nr. 4. p. 276. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 5. p. 492.
44. *Harris, S. H., A consideration of the effects on labour of ventrofixation of the uterus. With report of two cases of dystocia. Austral. Med. Gaz. Vol. 35. Nr. 4. p. 61. 1913. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 4. p. 587.
45. Hecke, Erich, Geburtsstörungen nach Ventrifixur und Vaginifixur. Inaug.-Diss. Breslau 1913. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. p. 124.
46. Heijden, P. E. G. van der, Schwangerschaft im rudimentären Uterushorn. Tijdschr. voor Geneesk. 9. Mai.

47. Henkel, M., Über die Zerreissung der Gebärmutter unter der Geburt. Med. Klinik. Nr. 11. p. 443. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 41. p. 1315. (Cf. auch vorigjährigen Jahresbericht.)

48. Jardine, Rob., The retraction ring as an obstruction in labour. Glasgow Med. Journ. Vol. 81. Nr. 3. p. 161. Med. press. circ. Vol. 97. p. 32. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 4. p. 630. Bd. 5. p. 184.

49. Jolly, Diskussion zu Wolff (Nr. 100). Ebendort. p. 747. (Jolly schätzt die Rupturgefahr nach abdominalen Kaiserschnitten so hoch ein, dass er prinzipiell nach dem Kaiserschnitt die Sterilisierung vorschlägt.)

50. Josephson, Fall von Gebärmutterzerreissung in alter Kaiserschnittsnarbe. Svenska Läkaressälsk. Handl. 1911 oder 1912. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 237. (Titel sagt das Wesentliche.)

50a. — C. D., Ein Fall von spontaner Uterusperforation bei Missgeburt. Verhandl. d. obst.-gyn. Sekt. d. Ges. Schwed. Ärzte. Hygiea. (Silas Lindqvist.)

51. Kehrer, E., Über Uterusruptur und Uterusperforation. Gyn. Ges. Dresden. 19. März. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 32. p. 1135.

52. Kirste, Präparat einer Spontanruptur des Fundus uteri im fünften Monat der Gravidität. Nürnberger med. Ges. u. Poliklinik. 25. Juni.

53. Knoop, Demonstration einer Uterusruptur. Niederrhein.-westfäl. Ges. f. Geb. u. Gyn. 11. Jan. Bericht Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 555. (Spontanruptur bei einer IIIpara mit leichter Beckenverengerung, Ursache wahrscheinlich eine Auskratzung im zweiten Wochenbett. [Cf. auch Thaler und Schauta im vorigjährigen Jahresbericht.])

54. *Kosmak, The effect on subsequent labors of operations for uterine displacements. Transact. of the Sect. on Gyn. and Obst. of the Med. Soc. of the State of New York. Meeting April 28. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Vol. 70. Nr. 1. p. 98.

55. — Cesarean section followed by hysterectomy for dystocia due to a fibroid in the lower segment. Transact. of the Alumni of the Sloane Hosp. for women. Meeting Jan. 23. 1913. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Vol. 69. Nr. 4. p. 698.

55a. Kosnak, Case of complete inversion of the uterus. Transactions of the New York Obst. Soc. Dec. 1913. Ref. Amer. Journ. of Obst. Bd. 69. p. 490. (Heimann.)

56. Kubinyi, Diskussion zu Brosz (Nr. 17). Ebendort.

57. *Küster, H., Über Geburt nach operativer Antefixation. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. Heft 2. p. 168. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 12. p. 452.

58. Kuliga, Diskussion zu Everke (Nr. 32.) Ebendort. p. 555.

59. Kupferberg, H., Drei Fälle von Gebärmutterzerreissung. Ärztl. Kreisverein Mainz. 10. Febr. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 16. p. 906.

60. Lange, Doppelbildungen der Gebärmutter und Scheide, sowie Entbindungen bei solchen. Med. Ges. zu Magdeburg. 26. Febr. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 17. p. 962.

61. Lazerges, Contribution à l'étude de hystéropexie ligamentaire dans ses rapports avec la puerpéralité et le post partum. Soc. d'obst. de Lille. Juin 1913. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 825.

62. Lloyd, H. C., Rupture of the uterus occuring during labour. Austral. Med. Journ. Vol. 2. Nr. 118. p. 1259. 1913. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 4. p. 714. (11 Fälle, 7 komplette Rupturen mit drei Todesfällen.)

63. Lobenstine, Ralph Waldo, Diskussion zu Kosmak (Nr. 54). Ebendort. p. 91.

64. Long, J. W., Rupture of the uterus during labor, report of a spontaneous case. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Vol. 70. Nr. 1. p. 20.

65. Lorch, H., Zur Differentialdiagnose zwischen traumatischer Ruptur und Perforation der schwangeren Gebärmutter. Inaug.-Diss. Strassburg i. E. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 41. p. 1316.

66. Lovrich, Diskussion zu Brosz (Nr. 17). Ebendort.

67. Madill, Two cases of rupture of the uterus. Trandsactions. of the Royal Acad. of Med. in Ireland. Vol. 31. p. 396. 1913. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 4. p. 588. (Im einen Fall Ruptur bei Hydrocephalus, Totalexstirpation, Exitus; im zweiten Fall — Angaben über die Ätiologie fehlen — supravaginale Amputation, Heilung.)

68. Malkowsky, Geburt bei Uterus septus und Vagina septa. Festschr. f. Prof. Pobedinsky, Moskau. p. 239. (Russisch.) Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 5. p. 598.
69. Mandach, G. v., Ein Fall spontaner, durch hyaline Muskeldegeneration bedingter Uterusruptur. Arch. f. Gyn. Bd. 103. Heft 1. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 44. p. 1386. (Titel enthält das Wesentlichste.)
70. Marshall, Fall von Uterus bicornis. Sechs Monate alte Schwangerschaft im rechten Horn, Pyometra im linken Horn. Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Nr. 4. (Glatte Geburt, bei der die dünne Scheidenwand zwischen schwangerem und nichtschwangerem Horn einriss, wonach die Pyometra von selbst ausheilte.)
70a. Munke, S., Ein Fall von Uterusruptur mittelst Röntgenphotographierung diagnostiziert. Allm. Svenska Läkartidn. Nr. 45. (Silas Lindqvist.)
71. Pape, Diskussion zu Everke (Nr. 32). Ebendort. p. 554.
72. Péry, Diskussion zu Fieux (Nr. 34.) Ebendort.
73. Petit, H. Ch.. De la conduite à tenir dans la dystocie par contraction annulaire de l'utérus. Méd. prat. Ann. 10. Nr. 27. p. 421. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 5. p. 698.
74. Philips, Ph. B., Doppelte Geburt bei Uterus duplex. Ned. Tijdschr. voor Geneesk. Eerste Heft. Nr. 9. p. 631. (Die Geburten folgten einander im Abstande von zwei Tagen, verliefen ganz glatt.)
75. Piskacek, L., Über Divertikel des Uterus. Geb.-gyn. Ges. in Wien. 17. Juni 1913. Bericht Zentralbl. f. Gyn. 1911. Nr. 9. p. 341.
76. Prüsman, Diskussion zu Kehrer (Nr. 51). Ebendort. (Berichtet über einen eigenen Fall von Spontanruptur.)
77. Quain, E. P., Schwangerschaft im rudimentären Horn eines Uterus bicornis und Mitteilung eines Falles mit ausgetragener Frucht. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 17. Nr. 4. 1913. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 251.
78. Recasens, S., Die totale Gebärmutterabtragung als Ersatz für den Kaiserschnitt in Fällen von Infektion. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 39.
79. Richter, Diskussion zu Kehrer (Nr. 51). Ebendort.
80. Rüder, Drei Fälle von Uterusruptur. Nordwestdeutsche Ges. f. Gyn. 16. Mai. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. p. 428. (Zwei Spontanrupturen, eine traumatische anlässlich einer Wendung. Ausserdem Bericht über 24 einschlägige Fälle, die sich unter 20 000 Geburten ereignet haben.)
81. Rühle, Diskussion zu Everke (Nr. 32). Ebendort. p. 554.
82. Sauvage, C., Transfusion du sang dans le traitement de la rupture de l'utérus pendant le travail. Ann. de gyn. et d'obst. Mars. p. 140.
83. Schwarz, Friedrich, Über Spontanruptur des Uterus in der Gravidität. Inaug.-Diss. Bonn.
84. Scipiades, Diskussion zu Brosz (Nr. 17). Ebendort.
85. Sheill, J. Spencer, Clinical notes of two instructive cases of uterine rupture. Transact. of the Royal Acad. of Med. in Ireland. Vol. 31. p. 272. 1913. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 4. p. 462. (Zwei Spontanrupturen vollständig unklarer Ätiologie.)
86. Sigwart, Diskussion zu Wolff (Nr. 100). Ebendort. p. 746. (Bericht über fünf Fälle von wiederholtem cervikalen Kaiserschnitt ohne jede Rupturzeichen. Einwandfreie Nahttechnik und aseptische Heilung ist natürlich Voraussetzung.)
87. Singer, H., Diskussion zu Brosz (Nr. 17). Ebendort.
88. Smith, Uterus didelphys, dessen beide Hörner zu verschiedenen Zeiten gravid gewesen waren. Journ. of Obst. of the Brit. Emp. Nr. 2. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 38. p. 1259.
89. Stahl, Hans, Über Uterusruptur. Inaug.-Diss. Heidelberg.
90. Staude, Diskussion zu Rüder (Nr. 80). Ebendort.
91. Stevens, T. G., Caesarean section; labour obstructed by one half of a uterus didelpyhs. Proceed. of the Royal Soc. of Med. Vol. 7. Nr. 5. Obst. and Gyn. Sect. p. 186. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 5. p. 220. (1. Geburt spontan. Jetzt trotz völliger Erweiterung des Muttermundes kein Eintritt des Kopfes ins Becken. Als Hindernis stellt sich ein retrouterin im Becken gelegener Tumor heraus, der als Dermoid angesprochen wird. Deshalb Laparotomie, bei der sich zeigt, dass der Tumor die eine Hälfte eines Uterus didelphys darstellt. Kaiserschnitt, glatte Heilung.)

92. Strassmann, Paul, Diskussion zu Wolff (Nr. 100). Ebendort. p. 747. (Strassmann knotet beim Kaiserschnitt die Fäden nach innen, um so eine eventuelle Abstossung der Fäden nach innen zu erreichen, was er für wesentlich hält. Im übrigen wendet sich Strassmann ebenfalls gegen Jolly.)
93. Streit, v., Tetanus uteri mit tödlichem Ausgang. Niederrhein.-westfäl. Ges. f. Geb. u. Gyn. 20. April 1913. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 17. p. 628.
94. Strohbach, Diskussion zu Kehrer (Nr. 51). Ebendort.
94a. Telfair, J. H., Komplette Inversion des Uterus post partum. New York. Med. Journ. Vol. 99. Nr. 18. p. 882. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 42. p. 1339. (Ipara. 10 Stunden post partum, vom Abdomen aus Reduktion des Uterus, stirbt am siebenten Tag an Sepsis. Die Reinversion soll nur gemacht werden, wenn die Blutung dazu zwingt; eine erfolgreiche Repositio kann durch Verstärkung des Schocks den Tod zur Folge haben. Sitzt die Plazenta fest, so soll die Lösung nicht erzwungen werden.) (Heimann.)
95. Thaler, Lithokelyphos nach Ruptur eines graviden rudimentären rechten Nebenhorns eines Uterus bicornis. Geb.-gyn. Ges. in Wien. 20. Jan. Gyn. Rundschau. p. 621.
96. Thoenes, Kasuistischer Beitrag zur traumatischen Ruptur des schwangeren Uterus. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 92. p. 589. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 5. p. 698.
97. Vénot, Diskussion zu Fieux (Nr. 34). Ebendort. p. 288.
98. Vinson, Des risques de rupture utérine au cours de l'extériorisation dans la césarienne. Thèse de Toulouse. 1913. Nr. 24.
99. Wallace, Raymond, A case of extensive rupture of the uterus in the fifth month of gestation; supravaginal hysterectomy; recovery. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Vol. 69. Nr. 3. p. 443. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 41. p. 1317. (19jährige Primipara. Im fünften Monat ausgedehnte suprazervikale Querruptur mit Milzprolaps. Ursache blieb auch nach mikroskopischer Untersuchung der Uteruswand unklar. Ein krimineller Eingriff war auszuschliessen.)
100. Wolff, Uterusruptur in der alten Kaiserschnittsnarbe nach cervikalem Kaiserschnitt. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin. 11. Juli 1913. Bericht Zeitschr. f. Geb. und Gyn. zu Berlin. Bd. 75. Heft 3. p. 740. (Cf. auch den vorigjährigen Jahresbericht.)
101. Zaborowski, Kaiserschnitt wegen Geburtserschwerung durch vorausgegangene Operation nach Alexander-Adams. Przegl. chir. i gin. Bd. 9. Heft 3. p. 336. 1913. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 12. p. 455.
102. *Zalewski, Ed., Doppelmissbildungen der weiblichen Genitalsphäre und ihre Folgen für die Geburt. Arch. f. Gyn. Bd. 102. Heft 1. p. 189.
103. Zweifel, P., Über die Lehre von der Uterusruptur. Ges. f. Geb. u. Gyn. Leipzig. 17. Nov. 1913. (Nähere Angaben fehlen.)

Neben der reichlichen Kasuistik über Uterusruptur erschienen im Berichtsjahre auch einige das ganze Thema oder spezielle Fragen zu demselben bearbeitende Aufsätze, von denen jedoch hier nur die schwerer zugänglichen berücksichtigt werden sollen. Eine systematische Arbeit ist die von Crawford (27). Nach der üblichen statistischen Einleitung und Erörterung der verschiedenen Formen wird ausführlich die Ätiologie der Uterusruptur besprochen. Die Ursache kann im Uterus selbst gelegen sein (alte Narben nach Kaiserschnitt, im Anschluss an Cervixrisse, trockene Geburt, Tumoren, Fixationsoperationen, Missbildungen, Degeneration und Hypoplasie der Uterusmuskulatur, Cervixstenose); dabei handelt es sich überwiegend um Momente, welche die Widerstandsfähigkeit der Uteruswand herabsetzen, zum Teil auch um abnorme Beanspruchung der Uteruswand infolge abnormer Widerstände im Uterusausführungsgang. Die Veranlassung zur Ruptur kann aber auch vom Kind ausgehen (Hydrocephalus, abnorme Lagen, Monstrositäten), oder endlich in abnormen Widerständen seitens des knöchernen Geburtskanals (enges Becken, Tumoren des Beckens) ihre Erklärung finden.

Auch die Frage nach der Rupturgefahr in der alten Kaiserschnittnarbe ist neuerdings mehrfach behandelt worden. Breitstein (15) betont im Anschluss an seinen Fall, dass jede caesarierte Patientin, deren Wochenbett nicht ganz afebril und glatt in bezug auf die Wundheilung verlief, als eine Kandidatin

für Uterusruptur anzusehen sei. Diese Gefahr besteht auch dann, wie gerade sein Fall lehrt, wenn dazwischen schon eine Gravidität ganz glatt verlaufen war. Überall, wo die Wundheilung nicht eine ganz glatte war, muss mit einer verminderten Widerstandsfähigkeit der Kaiserschnittsnarbe gerechnet werden. Besonders prädisponierend wirkt in solchen Fällen die Einbeziehung der Narbe in die Plazentarhaftstelle. Verf. will deshalb auch den Kaiserschnitt nur auf Grund strenger Indikationen ausgeführt wissen und schlägt vor, in allen Fällen, in denen nicht mit Sicherheit ein aseptischer Verlauf zu erwarten sei, zu sterilisieren. Jedenfalls sollte jede Frau, bei der der Kaiserschnitt gemacht wurde, in den letzten Monaten der Schwangerschaft in einer geburtshilflichen Klinik sich aufhalten.

Bonney (14), dessen erfreulicher Erfolg in dem mitgeteilten Falle ja zweifellos interessant ist, plädiert im Anschluss daran, überhaupt in ähnlichen Fällen die Totalexstirpation nach dem Kaiserschnitt zu verwerfen und statt dessen vorhandene Myome zu enukleieren, was gerade in unmittelbarem Anschluss an die Sectio caesarea besonders leicht und ohne stärkeren Blutverlust durchzuführen sei. Bei guter Nahttechnik glaubt Verf. auch nicht, dass dadurch etwa die Rupturgefahr für spätere Schwangerschaften und Geburten erhöht würde.

Zur Frage der Antefixationsgeburt hat H. Küster eine schöne Arbeit geliefert. Von ausländischen Autoren, welche dieselbe Frage behandeln, erwähne ich Kosmak und Harris. Kosmak (54) unterscheidet drei Arten von Geburtsstörungen je nach der besonderen Art der vorangegangenen lagekorrigierenden Operation. 1. Bei lockerer Aufhängung der Gebärmutter bestehen die Geburtsstörungen gewöhnlich nur in Wehenschwäche und dadurch verzögertem Eintritt des Kopfes ins Becken. 2. Wird der Uterus direkt oder infolge von Adhäsionen an der Bauchwand fixiert, dann kommt es zur Elevation der Cervix und Gefahr der Ruptur, die natürlich je nach dem Sitz der fixierten Stelle verschieden gross ist. 3. Absolut gefährlich ist aber vor allem jede Form der Interposition des Uterus zwischen Scheide und Blase. — Harris (44) beschäftigt sich lediglich mit den Folgen der Ventrofixation für die Geburt. Solche sind der Hochstand der Cervix, eine Verbreiterung des unteren Uteruspoles, abnorm starke Beugung der Frucht, verzögerte Einstellung des vorliegenden Kindesteiles und Neigung zu Schulterlage. In der Mehrzahl der Fälle ist aber eine spontane Geburt möglich; hauptsächlich dann aber, wenn der Rücken nach hinten steht, sind die Bedingungen für eine Spontangeburt ungünstig.

Missbildungen des Uterus, speziell Uterus bicornis, sind nach Bertlichs (10) Nachforschungen an 60 Fällen der Literatur und fünf eigenen Fällen doch eine häufige Quelle zu Geburtsstörungen aller Art. In einem grossen Teil der Fälle kommt es zum Spontanabort bzw. zur Frühgeburt; die herabgesetzte Kraft der schlechter entwickelten Wand bedingt in der Regel eine Verlängerung der Geburtsdauer, bei höhergradigen Formen ist auch eine gewisse Disposition zur Uterusruptur zu erkennen. Anormale Fruchtlagen sind häufig, ebenso Störungen in der Nachgeburtsperiode. — Zu ganz ähnlichen Ergebnissen kommt Zalewski (102) auf Grund von 14 eigenen Fällen; er berücksichtigt dabei auch noch Fälle mit gleichzeitiger Verdoppelung der Scheide und die durch Unnachgiebigkeit des Scheidenseptums bedingte Geburtshemmung bzw. die durch Zerreissung desselben eintretenden Komplikationen.

4. Enges Becken und Osteomalacie.

1. *Aguillon, L., Contribution à l'étude clinique des bassins coxalgiques au point de vue obstétrical. Thèse de Algier. 1913. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 5. p. 276. (Bericht über fünf eigene Fälle, darunter drei Spontangeburten; bei einer Pubiotomie mit gutem Erfolg, bei einer Ausgang unbekannt, da sie vor der Geburt die Klinik verliess.)

2. Baraschkoff, Israel, Geburt bei Kyphoskoliose. Inaug.-Diss. München. Juli.
3. Bardeleben, v., Diskussion zu Schäfer (Nr. 56). Ebendort. p. 587. (Bericht über einen Fall von Symphysenruptur.)
4. Bonnamann, S., und Albert Badolle, Die senile Osteomalacie. Gaz. des Hôp. 20 Déc. 1913. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 22. p. 1243.
5. Bossi, L. M., Ancora a proposito della patogenesi e della cura dell' osteomalazia. Gin. moderna. Ann. 7. Nr. 5. p. 121. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 5. p. 556.
6. Breitung, Georg, Ein doppeltes Ganglioneuroma sympathicum an der Vorderfläche des Os coccygis als Geburtshindernis. Inaug.-Diss. Berlin. März.
7. Budnik, Paul, Ein Fall von Robertschem Becken. Inaug.-Diss. Halle a. S.
8. Castro, Antonio, Sopra un caso di disgiunzione della sinfisi pubica. Nicosia 1913. p. 16.
9. Cavarzini, D., Die Methode Bossi bei der Osteomalacie. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 17.
10. Delbet, P., Diskussion zu Demelin (Nr. 12). Ebenda. (Delbet betont, dass die Unterscheidung zwischen Appendizitis und Perforation eines Magenulcus ausserordentlich schwierig sei.)
11. *Delmas, Paul, Opération césarienne vaginale avant le terme après insuccès des moyens provocateurs de l'accouchement dans un cas de bassin rachitique aplati. Rev. mens. de gyn., d'obst. et de péd. Ann. 9. Nr. 2. p. 118. (27jährige IIgravida mens. VIII. Erste Geburt sehr schwer, mit totem Kind. C. v. 8,5 cm. Deshalb Einleitung der künstlichen Frühgeburt. Uterus reagiert aber auf Bougieeinführung fast gar nicht, ebensowenig auf Pituitrin. Nach drei Tagen, die unter solchen Versuchen, die Geburt in Gang zu bringen, verstrichen sind, vorzeitiger Blasensprung, Temperaturanstieg auf 38°, so dass die Indikation zur Entbindung gegeben ist. Da wegen des Fiebers der abdominelle Weg verschlossen ist und das Kollum noch sehr rigide ist, vaginale Hysterotomie, Wendung, Extraktion des 2860 g schweren Kindes, glatte Heilung.)
12. Demelin, Opération césarienne pour bassin rachitique. Perforation de l'estomac. Soc. d'obst. et de gyn. de Paris. 9 Févr. Bull. de la soc., d'obst. et de gyn. de Paris etc. 3 Année. Nr. 2. p. 86. (Rachitisch-plattes Becken, Conj. diag. 10, l. Ankylose der Articulatio sacroiliaca, doppeltes Promontorium, leichte Skoliose. Über den Verlauf der ersten Schwangerschaft nur unsichere Angaben, zweite Gravidität durch Kaiserschnitt beendet, jetzt wieder Kaiserschnitt. Im Anschluss an eine leichte Indigestion am dritten Tag post operationem Perforation eines bis dahin unbekannt gebliebenen Ulcus ventriculi, Exitus am fünften Tag.)
13. Desfosses, P., Bassin retréci par absence du sacrum. La Presse méd. Nr. 25. 28. März. p. 242. (Unter Reproduktion ähnlicher Fälle von Ralph und Fitch, Rendu und Verrier, sowie Solowij, die eine mangelhafte Entwicklung des Kreuzbeins zeigen, berichtet Desfosses über einen Fall von vollständigem Fehlen des Kreuzbeins und der letzten Abschnitte der Lendenwirbelsäule vom zweiten Lendenwirbel abwärts bei einem sieben Monate alten Mädchen. Gute Röntgenaufnahmen. Der Fall steht bisher als Kuriosum da. Ein von der Mutter des Kindes im vierten Schwangerschaftsmonat erlittenes Trauma wird dafür verantwortlich gemacht. Das Becken zeigt atrophische Hüftbeine, die rückwärts miteinander verschmolzen sind. Ebenso sind die Scham- und Sitzbeinäste atrophisch.)
14. Dufour, Legars et Ravina, Ostéomalacie à évolution chronique chez une femme vierge âgée de 67 ans. Soc. méd. des hôpit. de Paris. 15 Mai. Presse méd. Nr. 40. 20 Mai. p. 384. (Die Erkrankung hatte anscheinend schon im ersten Lebensjahr begonnen. Die Patientin wies 21 schlecht verheilte Frakturen auf, hatte heftige Schmerzen, Kyphose. Menstruation normal von 12—46 Jahren.)
15. Engelmann, Zwei Fälle von Promontoriumresektion nach Rotter-Schmid. Niederrhein.-westfäl. Ges. f. Geb. u. Gyn. 11. Jan. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 549. (Engelmann hebt neuerlich hervor, dass das Verfahren technisch einwandfrei und leicht sei, sowie dass es tatsächlich eine Dauerheilung des engen Beckens zu gewährleisten scheint.)
16. Fabre et Rhenter, Un accouchement inespéré dans un bassin rétréci. Réunion obst. et gyn. de Lyon. 1 Mai. Bull. de la soc., d'obst. et de gyn. de Paris etc. 3 Année. Nr. 5. p. 460. (21jähriges Ipara, gebärend eingeliefert. I. Hinterhauptlage, C. d. 10,3 bei plattem und allgemein verengtem Becken. Spontaner Eintritt des Schädels ins Becken, schliesslich bei tiefem Schrägstand wegen Erschöpfung der Frau und Fieber Zangenentbindung. Kind 3850 g, Diameter biparietalis 8,5.)

17. Frets, G. P., Das menschliche Sakrum. Gegenbauers morphol. Jahrb. Bd. 48. Heft 3. p. 365.
18. *Fries, Jos., Über das Becken bei spinaler Kinderlähmung. Inaug.-Diss. Würzburg 1913. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 15. p. 584.
19. Frühinsholz, A., Histoire obstétricale d'une femme porteuse d'un bassin de Naegelé. Bull. de la soc., d'obst. et de gyn. de Paris etc. 2 Année. Nr. 9. p. 840. 1913. Ferner Rev. prat. d'obst. et de péd. Ann. 27. Nr. 297. p. 33. (Es handelt sich um ein typisches, infolge Ankylose der rechten Articulatio sacroiliaca schrägverengtes Becken. Die erste Geburt verlief bei kleinem Kinde (2200 g) und engständiger Einstellung des Kopfes spontan, bei der zweiten Geburt wurde das Kind (2900 g) lebend per forcipem entwickelt, bei der dritten nach erfolglosem Forzeps mittelst Kranioklasten; bei der zweiten wie bei der dritten Geburt war die Kopfeinstellung „weitständig".)
20. Fuchs, H., Kaiserschnitt wegen totaler Ankylose beider Hüftgelenke. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. Heft 4. p. 477. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 20. p. 739. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 29. p. 1497. (30jährige IIIpara, durch transperitonealen Kaiserschnitt entbunden. Die Ankylose war im Anschluss an einen septischen Abort infolge doppelter metastatischer Hüftgelenkseiterung zustande gekommen.)
21. Fuster, Bassin rachitique ou ostéo-malacique. Bull. de la soc., d'obst. et de gyn. de Paris etc. 3 Année. Nr. 5. p. 411. (Beckenmasse: Dist. spin. 17, D. crist. 25, C. d. 10, C. v. 8, entenschnabelartig vorspringende Symphyse, sonst aber keinerlei Zeichen von Osteomalacie am Knochensystem. Das Becken stammt von einer 21jährigen IIpara, die nach fünftägiger Geburtsdauer bereits mit Peritonitis eingeliefert wurde und trotz Operation zugrunde ging.)
22. Garrett, N. M., Management of labor in cases with relatively contracted pelves. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 18. Nr. 3. p. 388. (Nichts Neues.)
23. Goinard, Diskussion zu Rouvier und Fuster (Nr. 54). Ebendort.
24. Golischeff, G., Die Therapie beim engen Becken. Inaug.-Diss. München. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 125.
25. Gusseff, Über Geburten bei weitem Becken. 5. Kongr. russ. Geb. u. Gyn. Charkow. 23.—30. Dez. 1913. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 587.
26. Heil, K., Geburtshilfliche und gynäkologische Mitteilungen aus der Praxis. Repertorien-Verlag, Leipzig. (Behandelt unter anderem auch die Therapie beim engen Becken.)
27. Herrgott, A., Bassin cyphotique et opération césarienne. Bull. de la soc., d'obst. et de gyn. de Paris etc. 3 Année. Nr. 4. p. 358. Ferner Annal. de gyn. et d'obst. Tome 11. Nr. 4. p. 213. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 5. p. 488. (Der Titel sagt alles.)
28. Jacob, Malformation, peut-être congénitale, du bassin, s'étant manifestée, pour la première fois, au moment, de la puberté, sous les apparences d'une coxalgie. Bull. et mém. de la soc. de chir. Tome 39. Nr. 40. p. 1769. 1913.
29. *Jacobsohn, W., Die abwartende Behandlung des engen Beckens und die Indikationen zu chirurgischen Eingriffen. 5. Kongr. russ. Geb. u. Gyn. Charkow, 28. bis 30. Dez. 1913. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 584.
30. *Jansen, Mark, Hét wesen en het worden der Achondroplasie. Nederl. Maandschr. v. Verloosk., Vrouwenz. en Kindergeneësk. Bd. 1. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 17/18. p. 618.
31. *Jolly, R., Die Geburt bei schiefem Becken. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 14.
32. — Diskussion zu Schäfer (Nr. 56). Ebendort. p. 588. (Jolly glaubt, dass die meisten sog. Symphysenrupturen in Wirklichkeit nicht eigentliche Sprengungen des Symphysenknorpels, sondern nur Überdehnungen des Lig. arcuatum und pubicum sup. sind.)
33. Kindborg, Beobachtungen über das natürliche Vorkommen der Rachitis bei Hunden. Niederrhein. Ges. f. Natur- u. Heilk. Bonn, 9. Febr. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 25. p. 1291.
34. Kiparsky, Die chirurgischen Operationen beim engen Becken (Hebosteotomie und Kaiserschnitt) vom Standpunkt der modernen chirurgischen Richtung in der Geburtshilfe. 5. Kongr. russ. Geb. u. Gyn. Charkow, 27.—30. Dez. 1913. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 585.
35. Kirstein, Entbindung einer Frau mit kyphotischem Trichterbecken. Mittelrhein. Ges. f. Geb. u. Gyn. 15. Febr. Bericht Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 723. (Primipara mit rachitischem Zwergwuchs — 1,26 m gross — Zurückweichen des Pro-

montoriums bei doppelt S-förmiger Krümmung der Wirbelsäule. Beckeneingang längs oval, Ausgang im geraden Durchmesser stark verengt. Entbindung mittelst Forzeps unter Zurückdrängen des Steissbeins. Kind von 7 Pfund, lebt.)

36. *Koch, Jos., Experimentelle Rachitis bei Hunden. Berl. med. Ges. 14. Jan. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 3. p. 161.
37. Kolossoff, Das rachitische Becken. Festschr. f. Prof. Pobedinsky, Moskau. p. 9. (Russisch.)
38. Krukenberg, Indikationen für geburtshilfliche operative Eingriffe bei engem Becken. Ärztl. Kreisverein Braunschweig. 7. Febr. Ref. Med. Klin. Nr. 12. p. 521.
39. Lafont, Diskussion zu Rouvier und Fuster (Nr. 54). Ebendort.
40. *Law, Über ventrale Tumoren des Sakrums. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 17. Nr. 3. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 187.
41. Lehmann, Diskussion zu Schäfer (Nr. 56). Ebendort. p. 590. (Lehmann hält die Symphysenruptur für häufiger als nach der Literatur anzunehmen ist. Viele Fälle werden sicher übersehen, da sie keine oder zu wenig beachtete Symptome machen. Lehmann selbst hat vier Fälle erlebt.)
42. *Lipsky, Vergleichende Bewertung der prophylaktischen Wendung mit der hohen Zange und der spontanen Geburt bei Beckenenge nach dem Material der Universitäts-Frauenklinik zu Moskau (1. Januar 1899 bis 1. Januar 1912). Festschr. f. Prof. Pobedinsky, Moskau. p. 83. (Russisch.) Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 5. p. 491.
43. Lönnberg, J., Zwei Fälle von Kaiserschnitt bei selteneren Formen der Beckenverengerung. Hygiea. 1913. p. 1185. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. p. 616. (1. Kyphotisches Becken, 2. chondrodystrophisches Zwergbecken 20 : 22. C. d. 7,5 cm.)
44. *Markowsky, Die prophylaktischen Operationen in der Therapie des engen Beckens. 5. Kongr. russ. Geb. u. Gyn. Charkow. 28.—30. Dez. 1913. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 584.
45. *Mayer, A., Über den Geburtsmechanismus bei durch traumatischen Pfannenbruch und zentrale Luxation des Oberschenkelkopfes verengtem Becken. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 43.
46. *Meyer, Leopold, Die Behandlung der Geburt bei verengtem Becken. Ugeskr. for Laeger. Jahrg. 76. Nr. 1. p. 1. (Dänisch.) Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 5. p. 134.
46a. — Behandlingen af Fódsel ved snoevert Boekken. (Behandlung der Geburt beim engen Becken.) Vortr. in der Med. Ges. Kopenhagen. 25. Nov. 1913. Ref. Ugeskr. f. Laeger. p. 5—14. (O. Horn.)
47. Nathan, D., Cesarean section necessitated by pelvic chondrosarcoma. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Vol. 70. Nr. 2. p. 180.
48. Nathanson, J., Ein Fall von halbseitigem chondrodystrophischem Zwergwuchs. Inaug.-Diss. Marburg 1913.
49. Nebesky, O., Die Geburtsleitung bei engem Becken an der Innsbrucker geburtshilflichen Klinik in den letzten 15 Jahren (1899—1913) mit besonderer Berücksichtigung der daselbst ausgeführten Kaiserschnitte. Arch. f. Gyn. Bd. 103. p. 395.
50. Neu, Diskussion zu Kirstein (Nr. 35). Ebendort.
51. *Pobedinsky, Übersicht über die Behandlungsmethoden bei engem Becken. 5. Kongr. russ. Geb. u. Gyn. 28. bis 30. Dez. 1913. Charkow. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 585.
52. *Pouliot, L., Quelques considérations pratiques sur les indications de l'opération. césarienne dans les bassins rétrécis. Journ. de méd. de Paris. Ann. 34. Nr. 6. p. 107. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 4. p. 590.
53. Rosner, Fractura colli femoris bei einer an Osteomalacie leidenden Erstgebärenden. Gyn. Ges. Krakau. 28. Jan. 1913. Bericht Gyn. Rundschau. Heft 8. p. 306.
54. Rouvier und Fuster, Bassin rachitique ou ostéomalacique. Réun. obst. et gyn. d'Alger. 25 Avril. Bull. de la soc., d'obst. et de gyn. de Paris etc. 3 Année. Nr. 5. p. 411. (21jährige Frau, die nach fünftägiger Geburtsdauer mit totem Kind und Peritonitis infolge aufsteigender Infektion eingeliefert wird. Exitus. Demonstration des Beckens mit folgenden Massen [die eingeklammerten Zahlen geben die Masse des skelettierten Beckens]: Conj. ext. 18,3 (15,5), Dist. spin. 20 (17), Dist. crist. 24 (25), Dist. tub. isch. — (5). Dass es sich um ein richtiges osteomalacisches Becken handelt, geht daraus hervor, dass die Frau vorher zweimal normal geboren hatte. Allerdings waren sonst nirgends am Skelett Zeichen von Osteomalacie nachweisbar.)

55. Salin, Fall von Spondylolisthesis. Hygiea. 1913. p. 1043. (Kürzester gerader Durchmesser 10 cm; vier Spontangeburten.)
56. Schäfer, Ruptur der Symphyse unter der Geburt. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin. 27. Febr. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 76. Heft 2. p. 582. (Wahrscheinlich bei Entwicklung der Schultern eines fast 5000 g schweren Kindes trat eine Ruptur der Symphyse ein. Vereiterung, schliesslich aber Heilung.)
57. Schauta, F., Ein Fall von Osteomalacie und Schwangerschaft. Wiener med. Wochenschrift. Nr. 3. (38jährige Vpara. Erst in den letzten Monaten der vierten Schwangerschaft Auftreten von Knochenschmerzen im Beckengürtel; rasche Verschlimmerung, Adduktorenkrampf. Behandlung mit Adrenalin und Röntgenstrahlen [alte Technik, im ganzen 120 X]. Nach der Geburt rasche Heilung, trotzdem die Frau weiter menstruierte. Trotzdem sind in der fünften Schwangerschaft deutlich die Zeichen der Osteomalacie am Becken nachweisbar, allerdings ohne weitere subjektive Symptome. Es wurde nunmehr, um dem Wiederausbruch der Osteomalacie zuvorzukommen, die Schwangerschaftsunterbrechung durch supravaginale Amputation und Kastration vorgenommen.)
58. Schmid, Alfred, Die Therapie der Osteomalacie mit besonderer Berücksichtigung der Organtherapie. Inaug.-Diss. Erlangen 1912. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 114.
59. Schnell, Diskussion zu Engelmann (Nr. 15). Ebendort. p. 549.
60. Schütte, Diskussion zu Engelmann (Nr. 15). Ebendort. p. 549. (Schütte hat grosse Bedenken gegen die Rotter-Schmidsche Promontoriumresektion. Aus der Knochenwunde können manchmal stärkere, schwer zu stillende Blutungen, auch gefährliche Nachblutungen auftreten, ausserdem kann durch Kallusbildung der Erfolg der Operation vernichtet werden — kurz, ein wiederholter Kaiserschnitt scheint ungefährlicher.)
61. Schwarz, Henry, The management of pregnancy and labor in the presence of pelvic contraction. Lancet. clin. Vol. 109. Nr. 8. p. 200. 1913. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 5. p. 376.
62. Sieber, Diskussion zu Fuchs (Nr. 20). Nordostdeutsche Ges. f. Geb. u. Gyn. 7. Febr. Bericht Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 559.
63. Sippel, Osteomalacie mit zystischen Tumoren. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin. 14. Nov. 1913. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 76. p. 254. (Schwerste Osteomalacie, die nach der Schwangerschaft sich nicht besserte, bei einer Frau, die ausserdem ausgedehnte zystische Bildungen in den Knochen zeigte.)
64. Siredey, A., Diskussion zu Demelin (Nr. 12). Ebendort.
65. *Ssasonow, Zur Statistik der Geburt bei Beckenenge. Festschr. f. Prof. Pobedinsky, Moskau. p. 113. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 5. p. 487.
66. Stocker, Über die Ätiologie und Therapie der Osteomalacie und Rachitis. Verhandl. d. gyn. Ges. d. deutsch. Schweiz. Gyn. Helvetica. Frühlingsausgabe.
67. Strassmann, P., Ruptur der Symphyse unter der Geburt. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin. 27. Febr. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 76. Heft 2. p. 584. (Demonstration eines bereits auf dem Gynäkologenkongress in Dresden 1907 gezeigten Beckens.)
68. *Stroganoff, W. W., Über die Leitung der Geburt beim engen Becken. Russkij Wratsch. Nr. 18. p. 233. (Russisch.) Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 5. p. 488.
69. Vogt, E., Über die Bedeutung der Kyphoskoliose für Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Arch. f. Gyn. Bd. 102. Heft 1. p. 60. (Cf. das im allgemeinen Teil ausgeführte.)
70. *Walcher jun., In der Schwangerschaft konfigurierte Schädel bei engem Becken. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 22.
71. Wehner, Ernst, Der Geburtsverlauf beim engen Becken in der Frauenklinik zu Jena 1911. Inaug.-Diss. Jena. Jan.
72. Zacherl, Adolf, Die Stellung der künstlichen Frühgeburt in der Therapie des engen Beckens. Inaug.-Diss. Würzburg. Mai.

Eine Reihe grösserer Arbeiten liegt zu dem Thema „Geburt beim engen Becken" vor. Von den systematisch oder von weiteren Gesichtspunkten aus die Frage behandelnden Arbeiten seien hier jedoch nur schwerer zugängliche ausländische referiert. Zunächst eine grössere Statistik von Ssasonow (65),

die sich auf eine Gesamtzahl von 8661 einwandfreien Geburtsgeschichten stützt, von denen 2338 (= 26,9%) enge Becken betrafen. Darunter bezieht sich die überwiegende Zahl (90,5%) auf Spontangeburten, nur in 9,5% fand eine operative Entbindung statt (= 222 Fälle). Die hohe Zange wurde nur bei Mehrgebärenden angewendet, in 6,7% aller operativ beendeten Geburten wurden die Kinder perforiert. Bei Erstgebärenden war der Prozentsatz operativer Entbindungen um 4% höher. Mütterliche Mortalität: vier Frauen, Morbidität bei den operativ Entbundenen etwa 12% höher als bei den Spontangeburten. Der grösste Prozentsatz operativer Entbindungen entfiel auf das platte Becken. Die Kindermortalität betrug bei den operativen Entbindungen 28%, bei künstlicher Frühgeburt 75% (!!).

Stroganoff (68) kommt auf Grund kritischer Abwägung zwischen Art der Geburtsleitung bzw. Operation und Reultaten zu folgenden Vorschriften für die Leitung der Geburt bei engem Becken: 1. Bei absoluter Beckenenge (unter 6,5) Kaiserschnitt, in infizierten Fällen auf extraperitonealem Wege; 2. bei einer Conj. vera von 6,5—7 cm kommt bei lebendem Kind und Einwilligung der Mutter ebenfalls nur der Kaiserschnitt in Frage; 3. bei Conj. vera 7 bis 8 cm unterscheidet Verf. zwischen Erst- und Mehrgebärenden. Bei Erstgebärenden wird ein möglichst exspektatives Vorgehen empfohlen; bleibt aber der Kopf in der Austreibungsperiode stundenlang über dem Beckeneingang stehen, dann ist der extraperitoneale Kaiserschnitt indiziert; bei Verweigerung desselben kann vor der Perforation der Versuch einer hohen Zange gemacht werden. Bei Mehrgebärenden kommt ein Abwarten nur dann in Frage, wenn schon früher lebende und lebensfähige Kinder geboren wurden. Tritt der Kopf nicht ein, so ist die Pubiotomie am Platze. Sind früher lebende Kinder nicht geboren worden, dann in der Schwangerschaft die künstliche Frühgeburt, während der Geburt die Hebosteotomie vorzuschlagen.

Pobedinsky (51) gibt eine allgemeine Übersicht über die verschiedenen operativen Eingriffe beim engen Becken und ihre Prognose. Ganz allgemein wird aber möglichstes Abwarten empfohlen, eine zu freie Indikationsstellung beim Kaiserschnitt und den beckenerweiternden Operationen verworfen. Die Kaiserschnittsmortalität wird mit 1% angegeben, die Morbidität mit 5%. Die Wendung ergibt eine Mortalität von 1,6% für die Mütter, 24,4% für die Kinder. Bei der hohen Zange ist die mütterliche Mortalität 4,1%, die kindliche 17,6%, bei der Perforation 3%. Die künstliche Frühgeburt wird empfohlen. (Warum unter diesen Umständen der Verf. dem Kaiserschnitt, der nach seinen Erfahrungen doch die ungefährlichste Operation ist, so ablehnend gegenübersteht, ist eigentlich nicht ersichtlich. — Ref.)

Auch Jakobsohn (29) spricht sich für möglichst exspektatives Verhalten aus und berichtet über 970 Spontangeburten bei engem Becken. Am besten ist die Prognose beim allgemein verengten Becken. Die Geburt dauert durchschnittlich bei Erstgebärenden 12, bei Mehrgebärenden sechs Stunden länger als bei normalem Becken. Die Mortalität der Mütter ist $1^1/_2$mal grösser als bei normalem Becken, die Kindersterblichkeit bei operativem Vorgehen (abgesehen vom Kaiserschnitt) 31%, bei abwartendem Verhalten 4,6%.

Markowsky (44) betont mit Recht als die Hauptschwierigkeit der praktischen Geburtsleitung beim engen Becken die Abschätzung des gegenseitigen Verhältnisses zwischen Kopf und Becken. Seine weiteren Erörterungen führen zu einer Verwerfung aller prophylaktischen Operationen und zu dem Vorschlag, das Anwendungsgebiet der chirurgischen Operationen zu erweitern.

Leopold Meyer (46) betont gleich zu Anfang, dass die früheren mehr schematischen Vorschriften für die Geburtsleitung beim engen Becken immer mehr verlassen werden und die Geburtsleitung sich ganz auf den während des Geburtsverlaufes gemachten Beobachtungen aufbauen müsse. In 53% seiner Fälle von engem Becken verlief die Geburt spontan.

Ein sehr grosses Material von engen Becken (2727 Fälle auf 10 304 Geburten der Moskauer Frauenklinik) bearbeitete Lipsky (42). Auf 2173 einwandfreie Fälle kamen 1948 Spontangeburten, 127 prophylaktische Wendungen, 98 hohe Zangen.

Pouliot (52) kommt zu dem Ergebnis, dass bei engem Becken mit einer Conj. vera unter 8 am besten mmer von vornherein, gleich bei Wehenbeginn der Kaiserschnitt gemacht werden soll. Bei einer Vera von 8—9 cm kommt eventuell auch die künstliche Frühgeburt in Frage, über 9 cm wird man unbedingt zunächst abwarten, bzw. bei Mehrgebärenden sich nach dem Verlauf früherer Geburten richten müssen.

Eine sicher richtige, bisher aber kaum bekannte und nicht erwähnte Beobachtung bringt Walcher jun. (70) zur allgemeinen Kenntnis. Beim engen Becken findet man oftmals selbst nach kurzer Austreibungsperiode und Gesamtgeburtsdauer sehr stark entsprechend der Form der Beckenhöhle konfigurierte Kindesschädel. Diese Konfiguration kommt schon in der Schwangerschaft dadurch zustande, dass der ins Becken eingetretene Kopf unter günstigen Verhältnissen dort stehen bleibt und bei seinem weiteren Wachstum entsprechend den räumlichen Verhältnissen des betreffenden Beckens modelliert wird.

Jolly (31) gibt eine kurze, übersichtliche Besprechung des Geburtsmechanismus beim schiefen Becken — Naegeleschem, skoliotisch-rachitischem und koxalgischem Becken. Bei allen drei Formen ist der Geburtsmechanismus gleich und ähnlich dem beim allgemein verengten Becken, da auch beim schiefen Becken die Verkürzung sich im ganzen knöchernen Geburtskanal bemerkbar macht. Dementsprechend stellt sich der Kopf in forcierter Hinterhauptshaltung ein. Je nachdem das Hinterhaupt sich in die engere oder weitere Beckenhälfte einstellt, spricht man von engständiger oder weitständiger Einstellung. Bei starker Verengerung ist die engständige Einstellung vorteilhafter, weil dann der biparietale Kopfdurchmesser in den Bereich des grösseren Schrägdurchmessers des Beckens fällt. Der fronto-okzipitale Durchmesser wird ja durch die forcierte Flexionshaltung ausgeschaltet. Bei geringer Verengerung ist dagegen die weitständige Einstellung die günstigere. Das wichtigste für den ganzen Geburtsmechanismus, namentlich bei höheren Graden der Verengerung, bleibt aber immer die starke Senkung des Hinterhauptes.

Das koxalgische Becken stellt unter allen schräg verengten Becken den am wenigsten bestimmten Typus dar. Aguillon (1) liefert darüber eine grössere Arbeit, die ein ausgedehntes Verzeichnis französischer Literatur bringt. Für die endgültige Form, in der das Becken schliesslich geburtshilfliche Bedeutung erlangt, sind wichtig: der mehr akute oder schleichende Verlauf der Erkrankung, die Dauer derselben, der Grad der Knochenveränderungen und schliesslich die Art der Behandlung. Denn aus der Kombination dieser Momente ergibt sich eine ausserordentlich grosse Zahl abweichender Beckenformen, die man nach Aguillon in drei Hauptgruppen einordnen kann: 1. schräg verengte koxalgische Becken mit Abplattung der kranken Seite, 2. mit Abplattung der gesunden Seite, 3. symmetrisch, auf beiden Seiten abgeplattete Becken. Die Prognose der Geburt hängt natürlich nur von Art und Grad der Beckenverengerung ab.

Sehr interessant und von prinzipieller Bedeutung für ähnliche Fälle ist eine Beobachtung von Aug. Mayer (45) über den Geburtsverlauf bei einem durch zentrale Luxation des Oberschenkelkopfes nach Pfannenbruch verengtem Becken. Wesentlich scheint bei derartigen Fällen folgendes: Das wenig umfängliche Vorderhaupt stellt sich immer in die eingeengte Beckenhälfte; der am Tumor stehende Kopfpol bleibt dann gewissermassen an dem luxierten Oberschenkelkopf hängen, die Schädelteilung (Sellheim) erfolgt in der Koronarnaht, ausserdem aber noch eine zweite Schädelteilung in der Pfeilnaht. Erst

wenn die engste Stelle passiert ist, folgt der zurückgebliebene Teil nach. Das geht am leichtesten, wenn der vorangehende Teil das Hinterhaupt ist.

Jos. Koch (36) ist es gelungen, bei Hunden durch Streptokokkeninfektion rachitisähnliche Knochenveränderungen in allen Stadien zu erzeugen, wonach er geneigt ist, auch der menschlichen Rachitis eine infektiöse Genese zuzuschreiben

Mark Jansen (30) erklärt als das Wesen der Achondroplasie einen Zwergwuchs der aus Knorpel entstehenden Knochen, wobei die am spätesten angelegten Knochen am schwersten betroffen sind. Es persistiert das Grössenverhältnis der Knorpelknochen aus einer frühen Periode des Fötallebens. Neben dem Zwergwuchs zeigt der Achondroplast sogenannte „Aufrollungserscheinungen", von denen die auffälligste eine lumbodorsale arkuäre Kyphose ist. Gemeinsame Ursache des Zwergwuchses wie der Aufrollungserscheinungen ist der Druck eines zu engen Amnions in einer frühen Periode des Embryonallebens.

Bossi (5) hält nach wie vor daran fest, dass eine Insuffizienz des Nebennierensystems eine der wesentlichsten Ursachen der Osteomalacie sei und dass die Adrenalinbehandlung der Osteomalacie mindestens ein Verfahren sei, welches in jedem Falle versucht werden müsse, ehe man sich zur Kastration entschliesst.

Fries (18) beschreibt einen interessanten Geburtsfall bei einem infolge spinaler Kinderlähmung veränderten Becken mit schwerer Deformierung.

Sakraltumoren sind sicher eine seltene Ursache von Geburtsstörungen, wirken dann aber natürlich genau so wie irgend ein anderer, im Becken eingekeilter Tumor. Ventrale Sakraltumoren nehmen nach Law (40) ihren Ursprung von Resten des Canalis neurentericus, der postanalen Darmanlage oder von Keimversprengungen am hinteren Körperende. Dermoide, Mischgeschwülste, Teratome und wahre fötale Parasiten kommen dabei in Frage. Nicht selten findet sich maligne Degeneration. Die Tumoren sind meist gut abgekapselt, entspringen vom Beckenbindegewebe und haben nur schwache Verbindung mit dem Periost des Kreuzbeins.

Delmas (11) betont im Anschluss an seinen oben erwähnten Fall, dass seiner Erfahrung nach die Wirkung des Pituitrins unzuverlässig sei, ferner dass die Apnoe des Kindes durch die Narkose sich erkläre und drittens, dass die Hysterotomie durchaus nicht, wie Dührssen meint, für das Privathaus geeignet sei, vielmehr gute Beleuchtung und gute Assistenz verlange.

B. Störungen bei der Geburt der Plazenta.

1. Ahlström, E., Über die Anwendung der Momburgschen Methode. Nord. med. Arch. 1913. Abt. I. Heft 2. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 11. p. 619.
2. Allmann, Inversio et prolapsus uteri puerperalis. Nordwestdeutsche Ges. f. Gyn. 8. Nov. 1913. Bericht Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 366. Dasselbe als Arbeit: Deutsche med. Wochenschr. Nr. 3. (Empfiehlt bei einigermassen gutem Befinden sofortige Reinversion.)
3. *Alsberg, Paul, Über puerperale Uterusinversion. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. Jahrg. 11. Nr. 5. p. 140.
4. Aschner, B., Zur Lehre von der vorzeitigen Lösung der Plazenta bei normalem Sitz. Arch. f. Gyn. Bd. 102. Heft 1. p. 181. (Cf. vorigjährigen Jahresbericht.)
5. Audebert, Diskussion zu Poux (Nr. 63). Ebendort.
6. Bailey, H. C., Diskussion zu Kosmak und Maroney (Nr. 49). Ebendort. p. 493.
7. *Ballerini, Giorgio, Note cliniche sul distacco precoce di placenta normalmente inserita. Ann. di ost. e ginecol. Anno 36. Nr. 1. p. 1. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 4. p. 588.
8. Bar, L'inversion utérine. Journ. des prat. 27 Mai 1911.
9. Barbour, A. H. F., und J. W. Ballantyne, Post partum hemorrhage. Edinburgh Med. Journ. Vol. 12. Nr. 3. p. 258. (Empfiehlt nach Erfahrung an fünf Fällen die von

Fieux zu diesem Zwecke angewandte Trendelenburgsche Lagerung, für deren vorzügliche Wirkung eine befriedigende theoretische Erklärung noch aussteht.)

10. Beckmann, Wilh., Einige Bemerkungen über die puerperale Uterusinversion. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 18.

11. Berggren, Über die vorzeitige Lösung der normal inserierten Plazenta. Svensk. Läkaresällsk. Handl. 1911. od. 1912. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 230. (Kasuistische Mitteilung, enthält weiter nichts Neues.)

12. Bondy, O., Angiom der Plazenta. Gyn. Ges. Breslau. 16. Dez. 1913. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 10. p. 375. (Über faustgrosser Tumor.)

13. Bracht, E., Inversio uteri puerperalis. Med. Klinik. Nr. 9. (Übersichtsreferat.)

14. Brandt, K., Retroplazentare Blutung. Norsk Mag. f. Laegevid. Nr. 6. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 26. p. 1339. (Vorzeitige Plazentarlösung, Kaiserschnitt. 15 Fälle unter 9258 Gebärenden.)

14a. — Retroplazentare Blutung. Frühzeitige Lösung der normal sitzenden Plazenta. Norsk. Mag. for Laegevidensk. p. 696. (Verf. referiert einen klinisch typischen Fall, in welchem Sectio caesarea abdominalis gemacht wurde. Mutter und Kind blieben am Leben. Von besonderem Interesse war, dass man sowohl auf der vorderen wie auf der hinteren Fläche des Uterus und auch in den Ligg. lata mehrere durch das Peritoneum schimmernde Blutungen sah. Dieselben waren 1—2,5 cm in Diameter und sahen denen ähnlich, die man bei Eklampsie auf der Leberoberfläche sieht. In der Gebäranstalt in Kristiania kam das Leiden bei 0,16 der Gebärenden vor; dabei sind nur die Fälle gerechnet, die deutliche klinische Symptome zeigten. Verf. bespricht das Verhalten der Krankheit und die Diagnose, sowie die Behandlung. Blutungen aus einem graviden Uterus können mit Sicherheit nur dann gestillt werden, wenn derselbe entleert wird. Daher müssen die Fälle, die gefährliche Zeichen aufweisen, entbunden werden. Tamponade der Scheide kann in einigen Fällen psychisch beruhigend wirken, aber die Blutung nicht zum Stehen bringen, und vermehrt die Infektionsgefahr. Die Blutungen, die man in den letzten Jahren in der Muskulatur gefunde hat, machen, dass man in geeigneten Fällen Kaiserschnitt, und zwar per laparotomiam, ausführen wird. Man wird dann diese Blutungen kontrollieren können.)
(L. Severin Petersen.)

15. Cary, W. H., Report of a well authenticated case of sarcoma of the placenta. Transact. of the New York Obst. Soc. Meeting Jan. 13. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Vol. 69. Nr. 4. p. 658. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 31. p. 1114.

16. Clifford, H., Concealed accidental haemorrhage accompanied by intraperitoneal haemorrhage. The Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 25. Nr. 1. p. 48. (25jährige IIpara, anämisch eingeliefert mit geringer Blutabsonderung aus der Vagina, allgemeiner Uterus- und Bauchdeckenempfindlichkeit, obgleich kaum Wehen bestanden. Cervix für zwei Finger zugängig, Blase erhalten. Nach Sprengung derselben Abgang von Fruchtwasser und dunklem Blut. Wegen des schlechten Allgemeinzustandes Sectio caesarea. In der Bauchhöhle Blut, das von rupturierten Venen im rechten Ligamentum latum stammt. Plazenta schon vollständig gelöst, Kind tot. Entleerung und supravaginale Amputation des Uterus, sechs Stunden später Exitus an Anämie.)

17. Crabtree, L. R., Post partum hemorrhage. National eclectic Med. Assoc. Quart. Vol. 5. Nr. 4. p. 347. (Nichts Neues.)

18. Cragin, Diskussion zu Kosmak und Marconey (Nr. 49). Ebendort. p. 493.

19. Crossen, H. S., The conservative operative treatment of long-standing inversion of the uterus. Transact. of the Western Surg. Assoc. St. Louis 1913. Ferner: Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. 62. Nr. 14. p. 1061. (Fall, der nach einem dem Küstnerschen Verfahren ganz ähnlichem operiert und geheilt wurde.)

20. Crousse, René, Transfusion sanguine. Journ. Belge de Gyn. et d'obst. 1 Année. Nr. 6. Bruxelles. p. 457. (Referiert über eine einfache, in Amerika gebräuchliche Methode der Bluttransfusion ohne Gefässanastomose. Man braucht dazu nur etwa 10 Rekordspritzen von 20—25 ccm, die sorgfältig gekocht und mit Kochsalzlösung durchgespült sein müssen. Dann wird einfach von einem Arzt Venenblut des Spenders aspiriert, die gefüllte Spritze sofort durch einen zweiten Arzt der Patientin eingespritzt usf. Eine grosse Zahl von Spritzen ist erforderlich, weil sonst das Blut leicht gerinnt. Die dem Patienten applizierte Nadel wird zwischen je zwei Injektionen mit Kochsalzlösung durchgespült, um in der Hohlnadel Gerinnung zu verhüten.)

21. Delestre, M., De la position de Trendelenburg dans les hémorrhagies graves de la délivrance. Gaz. des hôp. civ. et milit. Ann. 87. Nr. 37. p. 520. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 4. p. 714. (Warme Empfehlung der Beckenhochlagerung.)
22. Dienst, Diskussion zu Bondy (Nr. 12). Ebendort.
23. Edge, Inversion of the uterus. Midland Obst. and Gyn. Soc. March 3. Ref. Lancet. March 28. Nr. 4726. p. 899. (28jährige IIIpara, am fünften Wochenbettstag als an schwerem Puerperalfieber erkrankt, mit 160 Puls eingeliefert. Das invertierte Corpus uteri in der Scheide. Reposition gelang. Auswischen mit H_2O_2, Jodoformgazetamponade, Antistreptokokkenserum — rasche, völlige Heilung.)
24. Eiglier et Vayssière, L'oxyde de carbone peut-il être incriminé dans les hémorrhagies de la délivrance? Bull. de la soc., d'obst. et de gyn. de Paris etc. 3 Année. Nr. 3. p. 222. (Multipara, Forzeps, spontane Geburt der Plazenta, schwere atonische Nachblutung, die allen Mitteln widersteht; dabei Schwindel und Erbrechen. Auch beim Arzt stellen sich Schwindel und Übelkeit ein; nach Öffnen des Fensters Erholung von Arzt und Patientin, spontaner Stillstand der Blutung. Da das Zimmer mit Petroleumofen geheizt und mit Petroleum erleuchtet war, nehmen Verff. an, dass eine Überladung der Zimmerluft mit CO_2 nicht nur Ursache der subjektiven Beschwerden von Arzt und Patientin, sondern auch der hartnäckigen Nachblutung war.)
25. Engelhard, Angioma placentae. Nederl. Gyn. Vereenig. Amsterdam. 30. Nov. 1913. Ref. Gyn. Rundschau. Nr. 10. p. 385.
26. Fabre et Rhenter, Un cas de rétention du placenta après l'accouchement. Réunion obst. et gyn. de Lyon. 16 Mars. Bull. de la soc. d'obst. et de gyn. de Paris etc. 3 Année. Nr. 4. p. 305. (Bei einer 27jährigen Ipara vorzeitige Expressionsversuche durch die Hebamme 10 Minuten post partum; dann auch manueller Lösungsversuch, welcher — da er nur Teile der Plazenta zutage förderte, dann von einem Arzt fortgesetzt wurde, indes auch nur Teile der Plazenta erreichte, da ein Kontraktionsring des Kollums bestand. Weitere Untersuchung ergab eine Striktur des inneren Muttermundes. Chloral, Morphium ohne Erfolg, schliesslich in Narkose Lösung der an der Tubenecke adhärenten Plazentarteile. Glatte Rekonvaleszenz.)
27. Ferré, Diskussion zu Poux (Nr. 63). Ebendort. (Die Ursache der Inversion bleibt meist unklar und ist sicher keine einheitliche. Meist dürfte eine besonders anatomische Disposition des Uterus zur Inversion vorhanden sein.)
28. Fieux, Un nouveau procédé pour arrêter les hémorragies de la délivrance. Soc. d'obst. et de gyn. de Paris. 8 Déc. 1913. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 820. (Empfehlung der Trendelenburgschen Lagerung.)
29. *— La position de Trendelenburg dans les hémorrhagies graves de la délivrance. Rev. franç. de méd. et de chir. Ann. 11. Nr. 7. p. 103. Ferner: Ann. de gyn. et d'obst. Ann. 41. Nr. 2. p. 88. Gaz. hebdom. des sciences méd. de Bordeaux. Ann. 35. Nr. 1. p. 3. Ref. Presse méd. Nr. 13. p. 132.
30. Fourny, M., De l'hémostase par constriction élastique de la taille en obstétrique et en gynécologique et particulièrement dans les hémorrhagies de la délivrance. Paris.
31. *Fraipont, M., Fissures péritonéales du corps utérin dans les cas de décollement du placenta normalement inséré. Ann. de gyn. et d'obst. Tome 11. Nr. 4. p. 200. Ferner: Journ. Belge de gyn. et d'obst. 1 Année. Nr. 4.
32. Frank, Rob. T., Diskussion zu Cary (Nr. 15). Ebendort. p. 668.
33. *Freeland, J. R., The relationship existing between the mechanism and management of the third stage of labor. A Report of 2600 cases from the Rotunda Hospital. Dublin, Ireland. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Vol. 69. Nr. 2. p. 302.
34. Gabaston, Juan A., Eine neue Methode künstlicher Plazentarlösung. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 12. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 31. p. 1113.
35. *Gallois, Paul, Traitement des hémorrhagies de la délivrance par la compression manuelle prolongée. Journ. de méd. Paris. Ann. 34. Nr. 19. p. 378. Ferner: Bull. méd. Ann. 38. Nr. 7. p. 71.
36. *Goodman, Sylv. J., The treatment of post-partum haemorrhage. Lancet-Clin. Vol. 109. Nr. 14. p. 373.
37. Gräf, E., Ein vergessener geburtshilflicher Handgriff. Münchn. med. Wochenschr. 1913. Nr. 52. p. 2910. (Empfiehlt neuerlich die bereits von Uesenner angegebene manuelle Kompression der Aorta zur Stillung von puerperalen Blutungen.)
38. *Guildal, Paul, De la rétention des membranes après l'accouchement à terme. Arch. mens. d'obst. et de gyn. 3 Année. Nr. 5. p. 549.

38a. Guildal, Paul, Om Retention af Oghinderne ved den rettetidige Födsel. (Über Retention der Eihäute bei rechtzeitiger Geburt.) Ges. f. Gyn. u. Obst. Kopenhagen. 12. Nov. 1913. Ugeskr. f. Laeger. p. 457—467. (Häufiger Retention, wenn die Nachgeburtsperiode aktiv geleitet wird (Credé). Versuche, die Häute zu entfernen, haben keinen Zweck.) (O. Horn.)

39. *Hoehne, O., Über die Behandlung retinierter Plazentarreste. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 49.

40. Hoffstroem, K. A., Fall von Inversio uteri totalis. Finska Läkaresällsk. Handl. Bd. 56. Heft 2. p. 225. (Schwedisch.) Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 4. p. 589. (27jährige IVpara. Credé durch die Hebamme eine Stunde post partum, dabei Inversion. Reinversion misslang sowohl dem behandelnden Arzt als in der Klinik. Deshalb wurde eine Kolpeuryse ausgeführt, die alle 12 Stunden gewechselt innerhalb vier Tagen die Reinversion zustande brachte. Patientin konnte am 13. Wochenbettstage gesund entlassen werden.)

41. Huzarski, Therapie der post partum-Blutungen. Przegl. chir. i gin. Bd. 8. Heft 2. p. 328. 1913.

42. Jeannin, C., und Roux-Berger, Deux cas de transfusion du sang, suivie de succés, chez deux accouchées, atteintes d'infection et de grave anémie post-hémorrhagique. Arch. mens. d'obst. et de gyn. Déc. 1913. p. 465. Ref. Ann. de gyn. et d'obst. 41 Année. 2 Série. Tome 9. Mars. p. 181. (Der Titel sagt das Wesentliche.)

43. Jolly, Über Inversio uteri. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin. 28. Nov. 1913. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 76. p. 280. (Demonstration eines Falles von Inversio uteri bei Placenta accreta. Zwischen Plazenta und Uteruswand fehlt die Substantia spongiosa völlig.)

44. *Jones, Walter Clinton, Reports of two cases of post partum inversion of the uterus, with discussion of the pathogenesis of obstetrical inversion. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Vol. 69. Nr. 6. p. 982. (Im ersten Fall ist Zug an der Nabelschnur bei gleichzeitigem Druck auf den Fundus anzuschuldigen, im zweiten Fall handelte es sich um eine Spontaninversion.)

45. Jordan, Diskussion zu Edge (Nr. 23). Ebendort.

46. Jung, Ph., Die Behandlung bedrohlicher Blutungen nach der Geburt. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 27. (Ein Fortbildungsvortrag, der eine ausgezeichnete kurze Darstellung aller einschlägigen Fragen gibt.)

46a. Kaarsberg, Disc. tis Guildal: An Retention af Aghinder. (Diskussion zu Guildal: Über Retention von Eihäuten.) Ges. f. Gyn. u. Obst. Kopenhagen. 12. Nov. 1913. Ref. Ugeskr. f. Laeger. p. 1879. (O. Horn.)

47. Keiffer, H., Emmoragia retroplacentare al principio del travaglio. Gazz. ital. d. levatr. Anno 3. Nr. 10. p. 149. (Fall von vorzeitiger Plazentarlösung.)

48. — Hémorragie rétro-placentaire au début du travail, mort de l'enfant. Bull. de la soc. Belge de gyn. et d'obst. Tome 24. Nr. 9. p. 434. Journ. Belge de gyn. Mars. p. 203. (Vorzeitige Lösung der Plazenta vor Wehenbeginn. Pituitrin; nach einer Viertelstunde Wehenbeginn, wonach unter forcierter digitaler Dilatation des Zervikalkanals die Extraktion des übrigens bereits abgestorbenen Kindes möglich war.)

49. Kosmak, Geo W., and Wm. J. Maroney, Case of complete inversion of the uterus. Transact. of the New York. Obst. Soc. Meeting. Dec. 9. 1913. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Vol. 69. Nr. 3. p. 490. (Erster Fall: Spontaninversion, nach zwei Stunden bei der vollständig ausgebluteten Patientin leicht gelingende Reinversion. Tamponade, Heilung nach dreiwöchentlichem Puerperalfieber infolge Parametritis. Zweiter Fall: Verlauf der Nachgeburtsperiode unbekannt. Im Wochenbett dauernd spärliche Blutung, die am 24. Tage zur Erkennung der Inversion führt. Leichte Reinversion, Heilung.)

50. Kreiss, Ph., Die Bekämpfung der postpartalen Blutungen durch intravenöse Hypophyseninjektion. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 3. (Vorzügliche Erfolge. Injektion von ¼—½ ccm, sehr langsam, innerhalb 2—3 Minuten auszuführen, um unangenehme Nebenerscheinungen zu vermeiden.)

51. Küttner, O. J., Ein Fall von vorzeitiger Lösung der Plazenta bei normalem Sitz derselben. Kaiserschnitt, Uterusamputation, Heilung. Journ. akusch. i shensk. bolesn. Bd. 29. p. 735. (Russisch.) (Vorzeitige Lösung bei einem Uterus unicornis.)

52. *Leborgue, G., La transfusion du sang dans les anémies aiguës post-hémorrhagiques. Thèse de Lille. 1913. 154 p. Ref. Ann. de gyn. et d'obst. 41 Année. 2 Série. Tome 11. p. 180.

53. Leemann, J., Solutio praematura placentae normaliter insertae. Gyn. Helvetica. Jahrg. 13. Herbstausgabe. p. 298. 1913. (Vorzeitige Lösung bei Igravida im achten Monat. Im vorliegenden Falle ist die Ursache wahrscheinlich tätliche Misshandlung durch den Ehemann.)
54. Lepage, G., Chorionangiome der Plazenta. Bull. de la soc., d'obst. et de gyn. de Paris etc. 2 Année. Nr. 8. p. 666. 1913. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 4. p. 274.
55. Levaut, A., La transfusion du sang plus particulièrement étudiée en gynécologie et en obstétrique. Indications, techniques, résultats. Arch. mens. d'obst. et de gyn. Nov. 1913. p. 366. Ref. Annal. de gyn. et d'obst. 41 Année. 2 Série. Tome 11. p. 181. (Die Resultate sind vor allem gut bei Hämorrhagien nach Verletzungen. Die Transfusion scheint abgesehen von ihrer Quantität auch an sich die Blutstillung zu befördern. Die direkte Gefässnaht wird als beste Methode der Transfusion erklärt. Da diese aber Übung erfordert, bleibt für viele Fälle die Transfusion mittelst der Elsbergschen Kanüle das empfehlenswertere Verfahren.)
56. Lombardo, Antonio, Il mio compressore dell' aorta addominale nelle emorragie ostetriche in sostituzione del laccio elastico alla Momburg. Clin. Ost. Anno 16. Nr. 2. p. 25. (Cf. vorigjährigen Jahresbericht.)
57. Martin, Chr., Diskussion zu Edge (Nr. 23). Ebendort.
57a. Meyer, Leopold, Disc. til Guildal: Om Retention af Oghinder. (Diskussion zu Guildal: Über Retention von Eihäuten.) Ges. f. Gyn. u. Obst. Kopenhagen. 12. Nov. 1913. Ref. Ugeskr. f. Laeger. p. 1880. (O. Horn.)
58. Nebesky, O., Beitrag zur Kenntnis der Chorionangiome. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. Heft 1. p. 42. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 32. p. 1149.
59. Netto, O. Correia, Le procédé de Momburg dans les hémorragies obstétricales. Revista méd. de Sao Paulo. 15 Déc. 1913. Ref. Rev. mens. de gyn., d'obst. et de péd. 9 Année. Nr. 5. p. 354. (Im Anschluss an einen Fall schwerster Nachblutung bei einer sehr anämischen Frau mit Placenta praevia erklärt Verf. die Momburgsche Methode für ausgezeichnet, ohne ihre Gefahren bei Herz- und Nierenkranken zu verkennen.)
60. Parache, Inversion utérine puerpérale. Annales de la Acad. de Obst. Ginec. y Pediatr. IV—11.
61. Pierra, Louis, Trois observations d'hémorragies graves de la délivrance traitées par le procédé de Momburg avec succés dans deux cas. Rev. mens. de gyn., d'obst. et de péd. 9 Ann. Nr. 2. p. 121. Ferner: Journ. des sages-femmes. Ann. 42. Nr. 9. p. 66. (In drei Fällen von schwersten Anämien infolge von Nachgeburtsblutungen Momburg. In zwei Fällen prompter Erfolg, in einem Falle konnte die Schnürung nicht aufrecht erhalten werden, da die Patientin schwere Oppression und Synkope bekam. Es handelte sich in diesem Falle um eine Herzkranke. Auf Grund dieser Beobachtung widerrät auch Verf., bei Herzkranken die Momburgsche Taillenschnürung anzuwenden.)
62. Piskacek, L., Äussere Doppelhandgriffe zur Stillung von atonischen Post partum-Blutungen. Gyn. Rundschau. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 48. p. 1458.
63. Poux, Deux cas d'inversion utérine récente. Soc. d'obst. et de gyn. de Toulouse. 4 Févr. Bull. de la soc. d'obst., et de gyn. de Paris etc. 3 Année. Nr. 2. p. 155. (Zwei Fälle spontaner Inversion, wobei allerdings beide Male die Plazenta exprimiert worden war und im zweiten Falle vielleicht auch etwas Zug an der Nabelschnur hinzukam. Ausführliche Beschreibung der Technik der Reposition, die nichts Neues bringt.)
64. Puech, Hémorragie rétroplacentaire silencieuse. Bull. de la soc., d'obst. et de gyn. de Paris. 2 Année. Nr. 9. p. 817. 1913. (Vorzeitige Plazentarlösung im achten Monat mit Frost und äusserer Blutung. Spontangeburt eines toten Kindes. Die Plazenta weist den typischen Befund auf. Warum eine derartige Blutung als „silencieuse" bezeichnet wird, ist unklar. — Ref.)
65. Purslow, Diskussion zu Edge (Nr. 23). Ebendort.
66. Ricci, A. P., Sul trattamento dell' inversione cronica dell' utero. Arch. ital. di ginecol. Anno 17. Nr. 2. p. 29. (Allgemeine Besprechung der Behandlungsmethoden. Bericht über zwei nach Küstner-Piccoli erfolgreich operierte Fälle.)
67. — De l'inversion utérine chronique. Soc. italienne d'obst. et de gyn. XI. 1912.
68. Rody, Carl, Über die Inversio uteri post partum und ihre operative Behandlung. Inaug.-Diss. Bonn.
69. Ryosaku, Yamato, Über den Geschwulstcharakter des Chorionangioma placentae. Inaug.-Diss. München 1913. (75. Fall dieser Art, sorgfältig beschrieben. Ryosaku

fasst die Veränderung als echte Geschwulst auf und zwar als allantogenes Kapillarangiom von proliferierendem Charakter mit teilweiser Zystenbildung.)
70. Sarline, Inversion utérine chronique. Soc. toscane d'obst. et de gyn. 25 Juin. 1911.
71. *Sauvage, C., De la transfusion du sang comme complément de l'hystérectomie dans le traitement de la rupture de l'utérus pendant le travail. Ann. de gyn. et d'obst. 41 Année. 2 Série. Tome 11. p. 140. Mars.
72. Schäfer, P., Inversio uteri puerperalis. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin. 28. Nov. 1913. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 76. p. 273.
73. Schneider, Heinrich, Geschichte der Behandlung atonischer Uterusblutungen mit intrauterinen Injektionen von Liquor ferri sesquichlorati. Inaug.-Diss. Leipzig. März.
74. Seitz, Hans, Zur Therapie der Retention von Plazentarresten. Inaug.-Diss. München 1913. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 31. p. 1113.
75. Slaski, Uterusinversion. Medyc. i kronika Lekarska. 1913. Nr. 1. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 12. p. 453.
76. *Spire, A., Un cas d'inversion utérine puerpérale spontanée. Soc. obst. et gyn. de Nancy. 22 Janv. Bull. de la soc., d'obst. et de gyn. de Paris etc. 3 Année. Nr. 1. p. 71. (Spontaninversion bei einer Ipara, leichte Reinversion, geringe Temperatursteigerungen im Wochenbett.)
77. Stone, S., Diskussion zu Kosmak und Maroney (Nr. 49). Ebendort. p. 494.
78. Tédenat, Inversion de l'utérus. Bull. de la soc., d'obst. et de gyn. de Paris etc. 2 Année. Nr. 9. p. 804. 1913. (Bericht über zwei Fälle puerperaler und eine nichtpuerperale Inversion. Im zweiten Falle puerperaler Inversion waren zwei im Fundus sitzende gestielte Myome für die Inversion verantwortlich zu machen. Reinversion nach Abtragung der Myome 15 Stunden post partum. Der erste Fall bietet nichts Besonderes.)
79. Telfair, John Hamilton, Complete inversion of the uterus following delivery. Report of a case. New York Med. Journ. Vol. 99. Nr. 18. p. 882. (Telfair will die sofortige Reinversion nur dann ausgeführt wissen, wenn die Blutung dazu zwingt, andernfalls ist es besser, das Abklingen des Schocks abzuwarten. Der Fall selbst bietet nichts Besonderes.)
80. Thiébant, Inversion utérine irréductible; réduction opératoire par le procédé de Duret; guérison. Soc. Belge de gyn. et d'obst. X, XI et XII. 12.
81. Thiébault, Deux cas d'inversion utérine. Soc. Belge de gyn. et d'obst. 9 Déc. 1911.
82. Trillat, Décollement prématuré du placenta normalement inséré sans hématome rétro-placentaire. Anémie aigue. Méthode de Momburg. Mort. Bull. de la soc., d'obst. et de gyn. de Paris etc. 2 Année. Nr. 8. p. 704. 1913. (Am Ende der dritten Gravidität während einer Wagenfahrt plötzlich starke äussere Blutung — schwerste Anämie. Uterus weich, da kein retroplazentares Hämatom vorhanden war, trotzdem die Plazenta völlig gelöst im Uterus lag. Diese Form mit schwerer äusserer Blutung ohne innere Blutung ist selten. Das übrige ergibt sich aus dem Titel.)
83. Tuma, J. V., Über Anwendung der elastischen Konstriktion nach Momburg und des Gaussschen Kompressoriums in der Geburtshilfe. Casopis lék. cesk. Jahrg. 53. Nr. 10—12. (Tschechisch.) Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 42. p. 1341.
84. Unterberger, jun., Drei Fälle von Inversio uteri chronica. Nordostd. Ges. f. Gyn. 29. Nov. 1913. Bericht Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 256.
85. *Vautrin, Quelques considérations sur l'inversion utérine et sur la cure conservatrice, qui lui est applicable. La Gyn. Déc. 1913. p. 705. 17 Année. Nr. 12.
86. *— La cure de l'inversion utérine doit être conservatrice. Rev. prat. d'obst. et de gyn. Ann. 22. Nr. 3. p. 78. Ferner: Journ. de méd. Ann. 34. Nr. 15. p. 295.
87. *Wallich, V., et P. Adami, Des modifications du sang dans les anémies par hémorragies obstétricales; indications pronostiques. Arch. de mal. du coern et des vaisseaux. 1913. Nr. 12. p. 777. Ref. Presse méd. Nr. 13. Referatenteil. p. 11. Dasselbe. Ann. de gyn. et d'obst. Févr. p. 72.
88. *Wienskowitz, H., Physiologie und pathologische Physiologie der Blutungen post partum und ihre Beeinflussung durch die isolierte Scheidentamponade. Inaug.-Diss. Heidelberg 1913. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 19. p. 705.
89. Wilczynski, Eine ungewöhnliche Ursache einer vorzeitigen Plazentarlösung. Lwowski Tygodnik Lekarski. 1913. Nr. 3. p. 33. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 12. p. 454. (Ursache: sub partu ausgeführter Koitus.)
90. Wilson, Diskussion zu Edge (Nr. 23). Ebendort.

Die vielumstrittene Frage über die Behandlung retinierter Plazentarreste soll hier nur soweit berücksichtigt werden, als sie mit der Leitung der Nachgeburtsperiode zusammenfällt. Da betont neuerdings Hoehne (39) in einer kritischen Zusammenstellung des einschlägigen Materials der Kieler Klinik, dass bei erkanntem Plazentardefekt jedenfalls sofort die Austastung und Ausräumung des Uterus vorzunehmen sei, wie denn auch bei sorgfältiger Wahrung der Asepsis dieser Eingriff in der Kieler Klinik niemals eine puerperale Erkrankung im Gefolge gehabt hat.

Partielle oder totale Eihautretention fand sich nach Untersuchungen Guildals (38) an der Kopenhagener Klinik unter 14 078 Geburten in 2,5 % aller Fälle. Sie findet sich am häufigsten bei Plazentaranomalien, besonders Placenta marginata und kommt im übrigen dann leicht zustande, wenn die Plazenta vor vollständiger Lösung exprimiert wird. Besondere Gefahren resultieren daraus nicht, die puerperale Morbidität ist nicht grösser, wenn man die spontane Ausstossung derselben abwartet, als wenn man sie sofort herausholt — so dass also ein Eingreifen jedenfalls besser zü unterlassen ist.

Auffallend gross finde ich im Berichtsjahre die Zahl der Mitteilungen über die Inversio uteri post partum. Man geht kaum fehl in der Annahme — wie übrigens in vielen Berichten ausdrücklich erwähnt wird — dass eine zunehmende Polypragmasie in der Leitung der Nachgeburtsperiode, namentlich von ungeschickter Hand, daran ihr wohlgemessenes Teil hat. Auf der anderen Seite wäre es aber viel zu weit gegangen, in jedem Falle Arzt oder Hebamme verantwortlich zu machen. Das betont besonders Spire (76). Man muss eine gewisse Disposition mancher Uteri für die Inversion annehmen. Genauer mit der Pathogenese der Inversio beschäftigt sich W. Cl. Jones (44). Danach ist das wichtigste prädisponierende Moment die Atonie des Uterus; dazu kommt in etwa der Hälfte der Fälle Druck auf den Fundus mit oder ohne Zug an der Nabelschnur als auslösendes Moment. Gut die Hälfte aller Fälle entsteht aber spontan. Ist der Uterus ganz schlaff, dann mag man den intraabdominellen Druck dafür verantwortlich machen. Wo das aber nicht der Fall ist, erklärt Jones das Zustandekommen der Umstülpung durch ungleichmässige und verschieden starke Kontraktion der Fundusmuskulatur. Bei Schlaffheit der inneren Muskelschichten und kräftiger Kontraktion der äusseren muss eine Umstülpung des Fundus eintreten. Besonders disponiert sind dazu Fälle, in denen die Plazentarstelle im Fundus sitzt. Daraus erklärt sich auch, warum bei Erstgebärenden die Inversion häufiger vorkommt, trotzdem Atonie an sich bei Mehrgebärenden häufiger ist; bei Erstgebärenden ist der Plazentarsitz häufiger im Fundus.

Auch Alsberg (3) schreibt einer individuellen Disposition des Uterus eine grosse Rolle zu. Was die Therapie anlangt, so empfiehlt er in jedem Falle die sofortige Reinversion mit gleichzeitiger Uterusscheidentamponade, die 24 Stunden liegen bleiben soll, zum Schutz gegen ein Rezidiv der Inversion wie gegen Nachblutung. — Auch Vautrin (85) hält die violente Uterusinversion für viel seltener als die spontane; manche unvollständige Inversion dürfte wohl überhaupt unerkannt bleiben, da sie keine Symptome macht und schliesslich eine spontane Reinversion mit Fortschreiten der puerperalen Involution zustande kommt. Vautrin hält die Erschlaffung des atonischen Uterus für den wichtigsten ätiologischen Faktor. Dabei könne unter dem Einfluss des intraabdominalen Druckes leicht eine Eindellung entstehen, die bei Wiedereinsetzen kräftiger Uteruskontraktionen verstärkt werde, bis eine dauernde Inversion entstehe. Je akuter die Inversion entsteht, um so schwerer sind die bekannten Symptome, vor allem der Schock. — In der Therapie plädiert Verf. für ein möglichst konservatives Vorgehen. Wo es möglich ist, soll sofort manuelle Reinversion, eventuell unter Zuhilfenahme von Kolpeuryse und Scheidentamponade ausgeführt werden; bei verschleppten Fällen kommt die operative Reinversion

auf vaginalem Wege (Küstner-Piccoli) oder abdominalem Wege (G. Thomas) in Frage. Die Totalexstirpation lässt er nur als ultima ratio gelten.

Wenig Bearbeitung fand diesmal die Solutio praematura placentae normaliter insertae. Ballerini (7) fand dieselbe 41 mal unter 2500 Fällen, von denen allerdings nur 12 klassische Symptome zeigten. Unter diesen letzteren Fällen starb ein Drittel. Die Stärke und Ausdehnung der inneren Blutung ist durchaus nicht immer massgebend für die Schwere des Falles, da daneben die Schnelligkeit der Entstehung und der davon abhängige Schock eine grosse Rolle spielen. Ätiologisch kommt den Schwangerschaftstoxikosen grosse Bedeutung zu, therapeutisch ist vor allem eine möglichst rasche Entleerung des Uterus zu erstreben.

Fraipont (31) bildet einen Fall ab, bei dem der Uterus infolge vorzeitiger Plazentarlösung multiple peritoneale Fissuren zeigt. Das Vorkommen derselben ist ja längst bekannt, in dieser Ausdehnung aber doch äusserst selten. Er erklärt ihr Zustandekommen einmal durch die infolge des retroplazentaren Hämatoms entstehende starke Wandspannung des Uterus, ferner durch die herabgesetzte Widerstandsfähigkeit der infolge der uteroplazentaren Apoplexie blutig imbibierten Serosa. Sobald dann stärkere Wehen einsetzen, können solche Fissuren oder inkomplette äussere Uterusrupturen multipel auftreten und eventuell auch zu stärkerer intraabdomineller Blutung Veranlassung geben, wie in einem hier vom Verf. mitgeteilten Falle.

Freelands (33) Nachforschungen ergaben, dass bei der Plazentalösung nach Modus Duncan die Eihäute in 15,4% gegenüber 5% bei Modus Schultze unvollständig sind und kommt somit auch (gleich Menge) zu dem Schlusse, dass nur der Modus Schultze als streng physiologisch gelten könne.

In der Heidelberger Frauenklinik wird, wie Wienskowitz (88) mitteilt, zur Bekämpfung der atonischen Nachgeburtsblutungen der Uterus nicht mehr tamponiert, sondern nur die Scheidentamponade nach Menge mit sterilen Wattetampons ausgeführt. Es kommt nur darauf an, die ganze Scheide und besonders die Scheidengewölbe so fest wie möglich auszustopfen, um durch Druck auf die Zervikalganglien die Uteruskontraktion anzuregen. Die Erfolge sind ausgezeichnete. Die Gaze wird als Tamponadematerial von Menge verworfen, da sie immer eine Kapillardrainage schafft und so nur unnötigerweise Blut abführt.

Auch Goodman (36) verwirft die intrauterine Tamponade zur Bekämpfung von atonischen Nachgeburtsblutungen völlig. Neben den sonst allgemein üblichen Verfahren empfiehlt er bei deren Versagen das Einführen der Faust ins Uteruskavum bei gleichzeitiger Kompression von aussen, nächstdem das Einführen von einem hühnereigrossen Stück Eis. — Wieder ein anderes Verfahren empfiehlt Gallois (35): Nachdem das angesammelte Blut aus dem Uterus ausgedrückt ist, soll derselbe dicht oberhalb der Symphyse in Richtung auf das Kreuzbein solange fest komprimiert werden, bis die Blutung steht. Die spärlichen Erfahrungen des Verf. mit diesem Verfahren waren gut.

Bemerkenswerter scheint dem Referenten der Vorschlag von Fieux (29), bei schweren Nachgeburtsblutungen die Patientinnen in steile (45° betragende) Beckenhochlagerung zu bringen, um die Blutung zum Stehen zu bringen. Fünf ganz verloren scheinende Fälle konnte Fieux auf diese einfache Weise retten; von dem Moment an, in dem die Beckenhochlagerung perfekt war, wurde kein Tropfen Blut mehr verloren. Die Erklärung dieser auffallend günstigen Wirkung erblickt Fieux in einfachen mechanischen Gesetzen der Blutströmung (Schwere und Höhe der in so steiler Beckenhochlagerung auf dem Herzen lastenden Blutsäule), wobei freilich nach Meinung des Ref. noch vorauszusetzen ist, dass die Herzkraft durch den vorhergegangenen Blutverlust schon gelitten hat. Die günstigen Erfahrungen von Fieux sind von verschiedenen Seiten (cf. das vorstehende Literaturverzeichnis) bestätigt worden.

In der französischen Literatur wird vielfach die Bluttransfusion zur Bekämpfung postpartaler Anämien empfohlen. Allgemein werden die überraschenden Resultate hervorgehoben. Nach Leborgue (52) ist die Bluttransfusion immer dann indiziert, wenn eine chirurgische Blutstillung nicht möglich ist, also abgesehen von postpartalen Blutungen bei vorzeitiger Plazentarlösung, Inversio uteri, Uterusruptur. Blutspender ist am besten ein naher Verwandter der Frau, rasches Handeln notwendig, dabei aber auch der Blutspender sorgfältig zu überwachen. Ganz ähnlich spricht sich Sauvage (71) aus, der der Bluttransfusion auch zur Bekämpfung des Schocks, z. B. bei Inversio uteri, grossen Wert zuerkennt. Freilich lässt sich die Transfusion nur unter günstigen äusseren Verhältnissen, wozu vor allem das nötige Instrumentarium gehört, durchführen.

Wallich und Adami (87) weisen darauf hin, dass die Pulsbeschleunigung keinen sicheren Anhalt über die Schwere und Prognose einer Anämie gibt; ebenso wenig ist die Pulsspannung, der arterielle Blutdruck zu verwerten. Nur das Blutbild gibt klare prognostische Aufschlüsse. Sie unterscheiden drei Grade der Anämie nach dem Blutbild: 1. Ungleiche Grösse der Erythrozyten, Granulationen in denselben — gute Widerstandsfähigkeit bedeutend; 2. ausserdem Deformation der Blutzellen, 3. kernhaltige Blutkörperchen als Ausdruck dafür, dass die letzten Reserven eingesetzt sind.

Eklampsie. Placenta praevia.

Referent: Dr. M. Stickel.

I. Eklampsie.

1. Adam, Über Augenveränderungen bei Schwangerschaft und Geburt. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 808.
2. *Aschner, Bernhard, Über die posteklamptische Amnesie. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 75. 2.
3. Austin, Eclampsia with total absence of albumin, but generalized hard edema (Pure Choride-Retention). Med. Rev. Vol. 85. Nr. 9. p. 384—386. (Eklampsie bei einer Erstgebärenden, bei der kein Eiweiss gefunden wurde: im ganzen sechs Anfälle. Die starke Gewichtszunahme, ohne dass Fingereindruck in der Haut sichtbar blieb, bezeichnet Austin als „hartes Ödem".)
4. *Beard, J. H., The importance of urin analysis during pregnancy and the significance of the positive findings. Illinois Med. Journ. Jahrg. 25. Nr. 5. p. 296 ff.
5. Bollag, Karl, Ein seltener Fall von Früheklampsie. Zentralbl. f. Gyn. Jahrg. 38. Nr. 2. p. 65 ff. (Eklampsie im 3.—4. Monat durch Stroganoff günstig beeinflusst.)
6. Bonnet-Laborderie, Accès éclamptiques observés chez deux accouchées à quelques heures d'intervalle. Bull. de la soc., d'obst. et de gyn. de Paris. Jahrg. 2. Nr. 8. p. 686 ff. (Bonnet-Laborderie führt das Auftreten von Eklampsie bei einer II. und einer VIII. Gebärenden kurz nach der Entbindung auf Witterungseinflüsse (Gewitter mit feuchtigkeitsgesättigter Luft) zurück. Chloral und Aderlass führten zur Heilung.)
7. Bonney, V., A case of preeclampsia at the twenty-fourth week, caesarean section Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Jahrg. 24. Nr. 6. p. 313 ff. (Ein Fall von drohender Eklampsie in der 24. Woche, der durch abdominalen Kaiserschnitt geheilt wurde.)

8. Britton, F. C., The diagnosis and treatment of puerperal eclampsia. Journ. of the Tennessee State Med. Assoc. Vol. 6. Nr. 11. p. 430—431. (Nichts Neues.)

9. *Christiani, Zur Therapie der Eklampsie auf Grund der Beobachtungen der Kochsalzretention. St. Petersburger med. Zeitschr. Jahrg. 39. Nr. 10. p. 123.

10. Coles, S. T., The toxemia of pregnancy. Therap. Gaz. Jahrg. 38. Nr. 5. p. 305 f. (Reine Milchdiät, viel Wasser, Kalomel und Natr. bicarb. soll bei drohender Eklampsie gegeben nach Coles die Zahl der Eklampsiefälle vermindern.)

11. Danforth, W. C., Caesarean section, with report of fourteen cases from the services of Drs. Parkes and Danforth. Illinois Med. Journ. Vol. 25. Nr. 4. p. 213—217.

12. *Eisenreich, O., Biologische Studien über die normale Schwangerschaft und Eklampsie mit besonderer Berücksichtigung der Anaphylaxie. Habil.-Schr. Volkmanns klin. Vorträge. N.F. Leipzig, Joh. Ambr. Barth.

13. *Esch, P., Einige Bemerkungen zu der Arbeit von Paul Werner und Emil Kolisch: Vergleichende Untersuchungen über die Giftigkeit von Harn, Serum und Milch (Kolostrum) während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes, mit besonderer Berücksichtigung der Eklampsie. Arch. f. Gyn. Bd. 103. Nr. 2. p. 393 (s. Nr. 61).

14. *Faw und Williams, The total non-protein nitrogen of the blood in pregnancy and eclampsia. Amer. Journ. of the Med. Sciences. 147. Nr. 4. p. 556 ff.

15. Furniss, H. D., Günstiger Effekt der Nierendekapsulation, kontrolliert durch funktionelle Nierenprüfung vor und nach der Operation. Med. Record. Bd. 84. 1913. Nr. 15. (Der Fall ist tatsächlich gut beobachtet. 41 Anfälle während der Geburt. Schwere Rekonvaleszenz.)

16. Gauchon, Du prognostic chez les eclamptiques. Thèse. Paris 1913. 88 p. (Allgemeine Statistik ohne grösseren Wert.)

17. Gessner, W., Zur Behandlung der Schwangerschaftsniere und Eklampsie. Zentralbl. f. Gyn. 1913. p. 49. (Empfehlung des aktiven Verfahrens mit Unterstützung durch Morphium in grösseren Dosen.)

18. Götte, Ch. A., Over eclampsie. Nederl. Maandschr. v. Verlosk., Vrouwenz. en Kindergeneesk. Deel III. Nr. 3. p. 139—163. (Holländ.) (Zusammenfassende Übersicht. Nichts Eigenes, nichts Neues. Empfehlung der konservativen Behandlung.) (Lamers.)

19. Giunta, Rocco, Il metodo Bossi nel parto forzato per la cura dell' eclampsia. Nota clinica. Gin. moderna. Jahrg. 6. p. 88.—92. 1913. (Ein Fall. Zwillinge Bossis. Dilatation, Heilung.)

20. Guillermit, Contribution à l'étude pathogénique de l'éclampsie. Thèse de Toulouse. 1913. Nr. 63. p. 87. (Nichts Neues, Statistik.)

21. *Haughton, S., The prophylaxis and treatment of pre-eclamptic toxaemia and eclampsia. Indian med. Gaz. 49. Nr. 4. p. 137 ff.

22. *Hirsch, J., Praktische Ergebnisse der Geburtshilfe. Therap. Monatshefte. Jahrg. 28. Heft 9. p. 612 f.

23. Hodisne, Weitere Bestimmungen über das spezifische Gewicht des Eklampsieblutes. Leipziger Ges. f. Geb. u. Gyn. 20. Juli. Zentralbl. f. Gyn. p. 1383.

24. *Hofstätter, R., Die Anwendung der Hypophysensubstanzen in der inneren Medizin und Gynäkologie. Wiener med. Wochenschr. Nr. 33. p. 1894.

25. *Hull, E. T., und Rohdenburg, G. L., Experiments on the etiology of eclampsia. Amer. Journ. of Obst. Vol. 70. p. 919, 1029.

26. Jardine, Robert, Symmetrical Necrosis of the Cortex of the kidneys associated with puerperal eclampsia and Suppression of Urine. Lancet. March 1. 1913. p. 651.

27. — Rapid delivrancy in eclampsia. Brit. med. Journ. 2768. p. 141. (Jardine rät bei Eklampsie auf Grund grosser eigener Erfahrungen nur dann zu entbinden, wenn es ohne schneidende Eingriffe möglich ist, also im allgemeinen am Schlusse der Austreibungsperiode; ist Entbindung nicht möglich, so verwendet er Veratrin, 1 ccm, subkutan.)

28. *Jung, R., Der Übergang von Arzneimitteln von der Mutter auf den Fötus. Therap. Monatshefte. Jahrg. 28. Heft 2. p. 104 ff.

29. *Kolossoff, Tödliche Leberblutung bei Eklampsie. Festschr. f. Prof. Pobedinsky. p. 257—262.

30. Kuntze, Friedrich Georg, Ein Fall von Eklampsie ohne Krämpfe. Inaug.-Diss. Leipzig. 1913. (Ohne Erklärung. Zusammenstellung von 31 Fällen.)

31. *Lichtenstein, Euphyllin bei Eklampsie und akute Magendilatation. Ges. f. Geb. u. Gyn. Leipzig. Jahrg. 27. April u. Mai. Zentralbl. f. Gyn. Jahrg. 38. p. 833. (Hebung der Diurese bei eklamptischem Koma durch intramuskuläre Euphyllininjektionen.)

32. — Klinische Bemerkungen zur Schnellentbindung bei Eklampsie. Zentralbl. f. Gyn. Jahrg. 38. Nr. 5. p. 197. (Polemik gegen Nackes Statistik, durch die die Notwendigkeit der Schnellentbindung nicht dargetan sei.)

33. Lyssogorsky, A. W., Ein Fall von vaginalem Kaiserschnitt wegen Eklampsie. Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. 29. Heft 4. p. 613—614.

34. *Mayer, Paul, Die Eklampsiefälle der Heidelberger Frauenklinik in den Jahren 1902—1912. Inaug.-Diss. Heidelberg 1913.

35. Nacke, Erwiderung auf den Artikel des Herrn Privatdozenten Dr. Lichtenstein in dem Zentralblatt 1914. Nr. 5. Zentralbl. f. Gyn. Jahrg. 38. Nr. 16. p. 588—590. (Streit um die Statistik der Eklampsie und deren Verwertung für die Therapie.)

36. Newell, F. S., The treatment of eclampsie. Bull. of the Lying-in-Hospital of the City of New York. Jahrg. 9. Nr. 3. p. 151 ff. (Empfehlung des Aderlasses von 1000 bis 1200 ccm, bei hochbleibendem Blutdruck mit anschliessender Schnellentbindung und Darmreinigung sowie Warnung vor Chloroformanwendung.)

37. Petersen, L. Severin, Von Eklampsie; Theorie und Therapie. Med. Revue. Bergen. p. 155. (Eine hauptsächlich referierende Übersicht über das Verhalten der Eklampsietheorien zu den therapeutischen Massnahmen bei dieser Krankheit.)

38. *Peterson, R., A critical review of 500 published and unpublished cases of abdominal caesarean section for eclampsia. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Vol. 69. Nr. 6. p. 909 ff.

39. — Emptying of the uterus as one of the methods of treating ante partum eclampsia. Journ. of the Michigan State Med. Soc. 1913. Nr. 1. p. 4 ff. (Peterson empfiehlt die Schnellentbindung bei Eklampsie, weil die Schwangerschaft die Ursache sei; durch Abwarten und medikamentöse Behandlung könne nur geschadet werden.)

40. *Pisani und Servarè, Cholestearinämie und Wassermannsche Reaktion bei Eklamptischen. Ginec. 10. Jahrg. Nr. 20.

41. Plotkin, J. A., Eklampsiefälle und Eklampsiebehandlung der Kgl. Universitäts-Frauenklinik München von 1862—1912 inklusive, mit besonderer Berücksichtigung der Theorien der Eklampsie und ihrer Bedeutung für die Therapie. Inaug.-Diss. München 1913. (Statistische Angaben über die Eklampsie der Münchener Klinik aus den letzten 50 Jahren. Häufigkeit 0,5%. Mütterliche Mortalität früher 37%, kindliche Mortalität 39%, jetzt mütterliche Mortalität 17, kindliche Mortalität 27%.)

42. Polano, O., Weitere Erfahrungen mit der Sectio cervicalis posterior. Münchn. med. Wochenschr. Jahrg. 61. Nr. 15. p. 818 ff. (Polano hat die Sectio cervicalis posterior u. a. auch bei schweren Eklampsiefällen mit gutem Erfolge für Mutter und Kind ausgeführt.)

43. Raubitschek, Über Beziehungen mütterlicher Erkrankungen zu den Organen der Föten und Neugeborenen. Zieglers Beitr. z. path. Anat. u. allg. Path. Bd. 57. Heft 2. (In zwei Fällen von schwerer Eklampsie fanden sich auch beim Neugeborenen ausgesprochene Nieren- und Leberveränderungen, bei der einfachen Schwangerschaftsniere nie. Urannitrat macht bei dem Muttertier schwere typische Veränderungen, bei Neugeborenen dagegen nicht.)

44. *Reifferscheid, Karl, Euphyllin zur Hebung der Diurese bei Eklampsie. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 30. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 37. p. 1747.

45. Righetti, Über Eklampsiebehandlung. Wiener klin. Rundschau. 20. Sept. p. 501 u. 513.

46. *Rongy, A., A preliminary report on the treatment of toxemia in pregnancy with placental serum. New York State Journ. of Med. Jahrg. 14. Nr. 1. p. 21 ff.

47. Rossier, Opérations césariennes, ostéomalacie, éclampsie, fièvre puerpérale, pubiotomie, pituitrine, grossesse nerveuse, tumeur de l'ovaire. Rev. méd. de la Suisse romande. Ann. 34. Nr. 6. p. 385 ff. (Kaiserschnitt, abdominal und vaginal, wegen Eklampsie.)

48. *Rothrock, J. L., Wie sollen wir die Eklampsie behandeln.? St Paul Med. Journ. Vol. 15. Nr. 9. 1913. Sept.

49. *Rouvier, Nouvelles Remarques cliniques sur le traitement de l'éclampsie puerpérale par la morphium et ses adjuvants. Ann. de gyn. et d'obst. Juin. p. 321.
50. v. Schichuzki, Untersuchungen über die Bedeutung der Kernsubstanz des Plazentarepithels für die Entstehung der Eklampsie. Inaug.-Diss. Halle a. S. 1913. (Negatives Ergebnis.)
51. *Schiller, A., Zur Eklampsiebehandlung auf Grund der Erfahrungen der Königsberger Universitätsklinik. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Jahrg. 39. Heft 2. p. 147 ff.
52. Schridde, Fall von Eklampsie. Demonstrationsabend d. städt. Krankenanstalt Dortmund. Nov.-Dez. 1913. Med. Klinik. Jahrg. 10. Nr. 6. p. 262. (Blutungen im Peritoneum der Nierenkapsel und den weichen Hirnhäuten. Markhyperplasie der Thymus.)
53. *Schüppel, A., Ein Fall von doppelseitiger totaler Nierenrindennekrose bei Eklampsie, nebst kurzem Abriss über den derzeitigen Stand der Eklampsiefrage. Arch. f. Gyn. Bd. 103. Heft 2. p. 243 ff.
54. Shulman, Alexander, Prognosis of eclampsia. Arch. of Diagn. Vol. 6. Nr. 3. p. 279 bis 282. 1913. (Abhängigkeit der Prognose von der Zahl und Häufigkeit der Anfälle, von der Temperatur, der Qualität des Pulses, dem Blutdruck und dem Eiweissgehalt. Die Temperaturerhöhung ist weniger wichtig. Nur anhaltende Temperaturerhöhung über 40% ist von schlechter Bedeutung, ebenso die Häufung der eklamptischen Anfälle.)
55. Sselitzky, Eklampsie ohne Krämpfe. Festschr. f. Prof. Pobedinsky, Moskau. p. 25—81.
56. Stahnke, Ernst, Tätigkeit der Niere während der Geburt. Inaug.-Diss. Rostock. August 1914.
57. Sutherland, R. Tate, Clinical lecture on eclampsia. Austral. Med. Journ. Vol. 3. Nr. 131. p. 1388—1391. (Nichts Neues.)
58. Tobin, J., Clinical notes on a case of eclampsia. Journ. of the Roy. Army Med. Corps. Vol. 22. Nr. 3. p. 312—313. (Innerlich Crotonöl und grössere Dosen von Magnesiumsulfat, sowie Morphium. Heilung.)
59. *Vértes, Oskar, Zur Pathogenese der Eklampsie. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Sept. Heft 3. p. 361. Okt. Heft 4. p. 466.
60. *Wagner, Zur Behandlung der Eklampsie. Med. Klinik. 1913. Nr. 33.
61. *Werner und Kolisch, Vergleichende Untersuchungen über die Giftigkeit von Harn, Serum und Milch (Kolostrum) während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes, mit besonderer Berücksichtigung der Eklampsie. Arch. f. Gyn. Jahrg. 103. Heft 1. p. 222 (s. Nr. 14).
62. Worsley, R. C., Schnellentbindung bei Eklampsie. Brit. Med. Journ. 1913. Dec. 27.
63. *Young, J., Etiology of eclampsia and albuminuria and their relations to accidental haemorrhage. Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. July. XXVI. Nr. 1. p. 1 ff.
64. *Zinke, The merits of surgery in management of puerperal eclampsia.
65. *Zweifel, E., Eklampsie nach Totalexstirpation wegen Uterusruptur mit schwerer Anämie bei einer Viertgebärenden. Zentralbl. f. Gyn. Jahrg. 38. Nr. 5. p. 195.

Vértes (59) hat die Frage, ob die Eklampsie als Überempfindlichkeitserscheinung aufzufassen ist, experimentell studiert. Nach eingehenden theoretischen Erörterungen unter Bezugnahme auf die Erklärung der Überempfindlichkeit nach Wolff-Eisner, in dessen Laboratorium Vértes seine Versuche anstellte, gibt er eine Schilderung seiner Experimente. Nach Wolff-Eisner entstehen „nach der ersten Einverleibung von Eiweisssubstanz lytische Reaktionsstoffe im Serum, die auf die bei nachfolgenden Injektionen einverleibten Eiweisssubstanzen auflösend, d. h. lytisch wirken (Albuminolysine); infolgedessen werden durch Aufschliessen, Auflösung der Eiweisskörper, giftige Eiweissspaltprodukte frei." Bei den ersten Injektionen geschieht die Auflösung der einverleibten Eiweisssubstanzen durch die normal vorhandenen lytischen Stoffe, die sogenannten Normalambozeptoren, so langsam infolge der kleinen Menge der lytischen Stoffe, dass eine Reaktion seitens des Körpers gar nicht zustande kommt. Durch die erste Injektion wird aber die Bildung der lytischen, spezifischen Immunkörper angeregt. Wenn nun nach einer gewissen Zeit wiederholt dieselbe Eiweisssubstanz injiziert wird, so verfügt der Körper über soviele spezifische, gegen die

eingespritzte Substanz gerichtete lytische Immunkörper, dass das einverleibte Eiweiss plötzlich aufgelöst werden kann und der Körper mit giftigen Eiweissspaltprodukten überschwemmt wird; so entsteht nach der zweiten Injektion eine intensive, rasch sich einstellende Reaktion; darin erblickt Wolff-Eisner das Wesen der Überempfindlichkeit. Nach Erwähnung der abweichenden Friedbergerschen Theorie beschreibt Vértes die klinischen Erscheinungen der Überempfindlichkeit in ihrer schwersten Form nach Wolff-Eisner und in der leichtesten Form der Pirquetschen Serumkrankheit. Auf Grund dieser Erscheinungen und des pathologisch-anatomischen Befundes: maximale Kapillarerweiterung der Lungen, führt Vértes die Überempfindlichkeit zurück auf eine Alteration des Vasomotorenzentrums. Besteht nun auch eine Parallele zwischen Überempfindlichkeit und Eklampsie? Nach Schmorl ist eine massenhafte Plazentarzellenembolie für Eklampsie pathognomonisch, wenn sie nach Lubarsch auch bei Nichteklamptischen, allerdings in nicht so hohem Grade, vorkommt. Veit hat dafür den Begriff: „Zottendeportation" geprägt, da ganze Zottenäste in die Blutbahn geraten und in verschiedene Organe verschleppt werden. Schubweise gerät also Organeiweiss in die mütterliche Blutbahn, anscheinend in höherem Masse bei Eklampsie als bei normaler Schwangerschaft. Vértes verwirft sowohl die Veitsche Auffassung, dass die Eklampsie entstehe infolge Mangels an Synzytiolysinen, als auch die Ascolische, die einen Überschuss an Synzytiolysinen annimmt, als auch endlich die von Weichart, der auf ungenügende Neutralisierung freiwerdender Synzytiotoxine die Eklampsie zurückführt. Welche klinischen Erscheinungen der Eklampsie lassen sich mit den grundlegenden Schmorlschen Befunden in Einklang bringen? Vértes meint, dass durch die Wehen die Zotten in die Blutbahn hineingepresst werden, da eine grosse Zahl der Eklampsien unter der Geburt bzw. in unmittelbarem Anschluss daran auftreten. Die gleiche Wirkung könnte nach Vértes haben plötzliche Uteruskontraktion, z. B. nach der Blasensprengung, ferner in einem von ihm beobachteten Fall nach Entfernung der Tamponade, die wegen Atonie ausgeführt worden war. Vértes zitiert dann die Fälle von Eklampsie bei Blasenmole, um zu zeigen, dass nicht der Fötus die Ursache der Eklampsie sein kann. So fand Essen-Möller, dass bei Blasenmole das Erbrechen intensiver sei und im allgemeinen früher auftrete, als bei normaler Schwangerschaft. Im einzelnen wird darauf hingewiesen, dass bei Eklampsie ebenso wie bei Überempfindlichkeit ein gewisser Reizzustand des Zentralnervensystems vorhanden sei. Dass man sich neuerdings in der Eklampsietherapie wieder mehr der Stroganoffschen Methode zuwendet, die in der Darreichung gewisser Narkotika und Fernhaltung äusserer Reize besteht, führt Vértes ebenfalls als Stütze seiner Auffassung an.

Und endlich weist die Abderhaldensche Reaktion das Vorhandensein von Stoffen im Blutserum nach, die durch die Überempfindlichkeitslehre gefordert werden. Vértes führt eine Reihe von Arbeiten an von Lockemann und Thies, von der Heide, Gozony und Wisinger, Weichardt, Friedmann und anderen, die zu ähnlicher Auffassung von der Eklampsie als Überempfindlichkeit gelangten, wie er selbst, im Gegensatz wieder zu anderen wie Esch und Felländer. Die Widersprüche der experimentellen Arbeiten auf diesem Gebiet veranlassten Vértes zu seinen Versuchen; das Ziel war festzustellen, ob das Eiweiss des im Mutterleib wachsenden Eies den mütterlichen Organismus überempfindlich zu machen vermöge oder nicht. Aus dem paternen Anteil des Eies, also arteigenem, aber körperfremdem Eiweiss, die Überempfindlichkeit abzuleiten, wäre nicht schwer. Versuche von Gräfenberg und Thies bewegten sich in dieser Richtung. Vértes untersuchte, ob auch der grössere materne, körpereigene Anteil des Eies Überempfindlichkeit seitens der Mutter auszulösen vermöchte. Durch geeignete Vorbehandlung wurde aus den betreffenden Organen eine von Gewebstrümmern befreite Masse hergestellt, so dünnflüssig, dass bei intravenöser Injektion eine Embolie nicht zu befürchten war. Eine grosse Reihe von Tierversuchen führte

zu folgendem Ergebnis: Sowohl durch körpereigenes als auch durch arteigenes Eiweiss konnte eine Überempfindlichkeit bei den Versuchstieren erzielt werden, ähnlich der, wenn auch nicht so hohen Grades, die artfremdes Eiweiss hervorruft; auch waren meist mehrere Injektionen nötig. — Im Gegensatz zu Pfeiffer hält Vértes den Nachweis der Überempfindlichkeit nur für erbracht durch den meist zum Tode des Tieres führenden anaphylaktischen Schock; der Temperatursturz genügt ihm nicht. Die Zufuhr körpereigenen und arteigenen Eiweisses bewirkt einen mehr protrahierten, chronischen Verlauf der Erkrankung. Seine Beobachtungen führen Vértes der Veitschen Auffassung nahe, dass Hyperemesis gravidarum, Schwangerschaftsnephritis und Eklampsie auf einer gemeinsamen Ursache, der Zottendeportation, beruhen. Die Anaphylaxie, bedingt durch die Zotteneinschleppung, kann monatelang bestehen, bis es dann plötzlich zum anaphylaktischen Schock, zum Ausbruch der Eklampsie kommt. Die mikroskopische Untersuchung besonders der Niere und Leber seiner Versuchstiere ergab Vértes ähnliche Befunde, wie diese Organe Eklamptischer aufweisen; auch Eiweiss fand Vértes im Harn einiger Tiere. Es befindet sich also nach Vértes Untersuchungen der schwangere Organismus im anaphylaktischen Zustand infolge Resorption der Zottenelemente, die aus art- und körpereigenem Eiweiss bestehen. Die Eklampsie ist als anaphylaktischer Schock aufzufassen. Die Übereinstimmung beider Erscheinungen erstreckt sich auf die klinischen Symptome, auf die Ähnlichkeit der Organveränderungen und endlich auf die Albuminurie.

Eisenreich (12) gibt nach einer Literaturübersicht die Ergebnisse seiner eigenen Versuche, die das Ziel hatten, Beziehungen anaphylaktischer Natur zwischen Mutter und Fötus zu ermitteln. Er kommt zu einem negativen Ergebnis. Der Komplementgehalt des Blutes Eklamptischer war zwar von dem normaler Schwangerer verschieden, doch ergaben sich keine gesetzmässigen Beziehungen. Mit dem Komplementbindungsversuch konnten keine Immunitätsbeziehungen zwischen Mutter und Fötus ermittelt werden.

Werner und Kolisch (61) stellten in der Wertheimschen Klinik vergleichende Versuche an über die Giftigkeit von Harn, Serum und Milch bzw. Kolostrum, und zwar während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes unter besonderer Berücksichtigung der Eklampsie. Veranlassung zu diesen Versuchen boten die vielfach widersprechenden Ergebnisse der über diese Beziehungen vorliegenden Arbeiten, aus neuerer Zeit besonders von Vollhard, Pfeiffer, Franz Esch, Zinsser und anderen. Die zu prüfenden Stoffe wurden Meerschweinchen meist intrakardial injiziert, und durch wiederholte Messungen wurde der Temperaturabfall bzw. Aufstieg bestimmt. Die Ergebnisse stimmten ausnahmslos mit denen der genannten Autoren überein. Im einzelnen kamen Werner und Kolisch zu folgenden Schlüssen: Harn und Serum gesunder Nichtschwangerer ist ungiftig. Die Giftigkeit des Harnes gesunder Schwangerer nimmt unter der Geburt ab, steigt im Wochenbett und erreicht am 3.—4. Tage post partum ihren Höhepunkt. Bei Nephritis gravidarum ist die Harngiftigkeit erhöht. Bei Eklampsie ist die Harngiftigkeit während der Geburt herabgesetzt, steigt nach der Geburt sofort an, ist aber niemals höher als die normaler Frauen aus der gleichen Gestationsperiode. Das Serum gesunder Schwangerer ist giftig im Gegensatz zu dem Nichtschwangerer; seine Giftigkeit vermindert sich unter der Geburt und steigt im Wochenbett an bis zu einem Höhepunkt am dritten Wochenbettstage. Bei Nephritis gravidarum ist die Serumgiftigkeit erhöht. Das Serum Eklamptischer ist in der Regel giftig bei fehlendem Ödem, ungiftig bei bestehendem Ödem. Bei Wochenbettseklampsien ist das Serum gewöhnlich nur giftig, wenn Ödeme bestehen. Kolostrum ist wenig giftig; Milch ist nur giftig am dritten Wochenbettstage. Weder die Milch nephritischer noch die eklamptischer Wöchnerinnen ist giftiger als die normaler Wöchnerinnen. Auch die Giftigkeit des Kolostrums scheint bei Eklampsie nicht erhöht. Die Ödem-

flüssigkeit bei nephritischen Schwangeren und Wöchnerinnen ist giftig, bei eklamptischen Schwangeren und Wöchnerinnen ungiftig; bei gebärenden Eklamptischen jedoch giftig. Sie steht in umgekehrtem Verhältnis zur Giftigkeit des Serums. Das in der Gravidität im Harn, im Serum und in der Milch auftretende Gift hat weder antigenen Charakter noch anaphylaktische Eigenschaften. Die Ergebnisse der biologischen Auswertung des Harns, des Serums und der Milch Eklamptischer stehen in keinem Zusammenhang mit dem klinischen Bild und Harnbefund bei Eklampsie. Bezüglich Beurteilung der Tierversuche betonen die Autoren noch besonders, dass Krankheitsbilder, die bisher als charakteristisch für Anaphylaxie galten, sich auch bei Blutungen in den Herzbeutel finden. Darum ist es unbedingt erforderlich, alle Tiere unmittelbar nach der letzten Temperaturmessung durch Chloroform zu töten und durch Obduktion jeden Versuchsfehler auszuschliessen.

Esch weist (13) die Behauptung, die sich in der Arbeit von Werner und Kolisch findet, zurück, dass er das Harngift als Anaphylaxiegift aufgefasst habe; er habe diese Frage offen gelassen. Auch fand er den Harn eklamptischer Frauen unter der Geburt nicht stets, wohl aber in mehreren Fällen, stark giftig für Meerschweinchen. Im grossen und ganzen decken sich seine Versuchsresultate mit denen der beiden Verfasser sowohl als auch mit denen Zinssers, im Gegensatz zu den die gleiche Frage behandelnden Untersuchungen von R. Franz.

Eine Reihe von Beobachtungen sprechen nach J. Young (63) dafür, dass die Eklampsie und die Schwangerschaftsalbuminurie zurückzuführen sind auf das Freiwerden von Produkten frühzeitiger Autolyse der Plazenta. Die Toxämien gehen einher mit frischen Plazentarinfarkten. Plazentarinfarkte sind bedingt durch Unterbrechung der mütterlichen Blutzufuhr zu der betreffenden Stelle. Der Bau der Plazenta bringt es mit sich, dass, wenn ein Teil abstirbt, dann die freiwerdenden Produkte dieses Kotyledo in den Blutstrom gelangen können. Bei mehr allmählichem Verlauf der Plazentarerkrankungen sind die Bedingungen für die Entstehung der Infarkte günstiger; daher findet man ausgedehntere Plazentarerkrankungen bei länger bestehender Albuminurie, als bei plötzlich einsetzender Eklampsie; und gerade die allmähliche Entstehung der Toxämie ermöglicht den Fortbestand der Schwangerschaft. Diese Erwägungen führen Young zu der Annahme, dass autolytische Produkte der Plazenta infolge frühzeitiger Nekrose, die Ursache der Toxämien sind. Durch Nachahmung des im Uterus sich abspielenden Prozesses der Autolyse konnte Young eine lösliche Substanz aus der Plazenta gewinnen, die bei Tieren die drei charakteristischen Erscheinungen der Eklampsie auslöste: Krämpfe, Lebernekrose und degenerative Prozesse an den gewundenen Harnkanälchen der Niere. Young rät, bei allen Wochenbettseklampsien auf einen im Uterus etwa zurückgebliebenen Plazentarrest zu fahnden, der genügen könne, die Eklampsie auszulösen.

Beard (4) betont die Notwendigkeit fortlaufender Urinkontrolle in der Gravidität; Albuminurie gilt ihm meist als Zeichen einer Toxikose. Gerade die genaue Urinuntersuchung wird in vielen Fällen die Unterbrechung der Schwangerschaft vermeiden helfen unter Anwendung einer dem Fall angepassten Diät, u. a. auch bei den Schwangerschaftstoxämien.

Schüppel (53) gibt einen Überblick über den heutigen Stand der Eklampsiefrage mit besonderer Berücksichtigung der pathologisch-anatomischen Seite der Frage. Im Anschluss daran beschreibt er den Obduktionsbefund bei einer 35jährigen Frau, die an einer puerperalen Eklampsie gestorben war. Neben den übrigen für Eklampsie kennzeichnenden Organveränderungen fand sich eine doppelseitige totale Nierenrindennekrose, wie sie Benecke und Herzog je einmal beobachteten. Auf eine äussere hämorrhagische Zone folgte ein völlig kernloses nekrotisches Rindengebiet, das durch eine Leukozytenzone nach innen von der Markschicht geschieden war. Die Arteriae arcuatae, interlobulares und die Vasa afferentia

waren durch Thromben verschlossen. Auffallend war eine hochgradige Fettinfiltration der Epithelien in den noch gut erhaltenen Tubuli recti. Eine Embolie konnte als Ursache der Infarktbildung in diesem Falle ausgeschlossen werden. Schüppel nimmt an, dass das hypothetische Eklampsiegift durch Zerstörung der zelligen Blutelemente zu einer Überladung der Blutbahn mit Trümmern der Blutzellen, also zu Blutplättchenbildung führte, die sich wie Schlamm in einem Schlammfang in den Glomerulusschlingen ablagerten und so die Ursache der geschilderten Erscheinungen wurden.

Hull und Rohdenburg (25) haben experimentelle Studien gemacht.

Parenterale Aufnahme eines als Ferment wirkenden homologen Eiweisse bewirkt starke Leber- und schwächere Nierendegeneration in einer wahrscheinlich der Eklampsie ähnlichen Form.

Kocht man das gleiche Eiweiss, so sind die Leberveränderungen geringer, doch ist die Niere schwer geschädigt und die Tiere sterben analog der menschlichen Eklampsie.

Ein Überschuss von fötalen Elementen ins mütterliche Blut bewirkt schliesslich vermehrte Leuzinbildung; dadurch entstehen die Leberveränderungen, während die Nierenveränderungen durch andere Produkte der Autolyse bedingt sind. Letztere sind nach der Meinung der Autoren die wichtigeren für die Genese der Eklampsie. (Leider sind die Darlegungen schon früher von anderer Seite ausgeführt und allgemein abgelehnt worden [Ref.].)

Pisani und Savaré (40) geben an, dass man bei Eklampsie deutlicher als sonst Cholestearin im Blute nachweisen kann. Sie nehmen eine Hyperfunktion der Nieren und eine Dysfunktion der Leber an. Je stärker der Cholestearingehalt ist, desto schlechter ist die Prognose.

Christiani (9) ist der Überzeugung, dass die Verhaltung von Kochsalz die Hauptursache der Entstehung der Eklampsie sei; er empfiehlt deshalb Aderlass, Ruhe, Morphium und Chloral, und wenn dies nicht hilft, Entleerung des Uterus. Bericht über einen Fall.

Faw und Williams (14) bestimmten den Reststickstoff bei normalen Schwangeren und fanden in 100 ccm Blut 21—31 mg, bei Niereninsuffizienz betrug die Menge 34—52 mg, bei sechs Eklamptischen 38—78 mg.

Rothrock (48) gibt eine geschichtliche Darstellung über die Ergebnisse der Behandlung der Eklampsie. Er glaubt nicht, dass die neuen Versuche der operativen Therapie an der Mortalität gegen früher etwas gebessert haben.

Peterson (38) stellt 500 Fälle von abdominalem Kaiserschnitt bei Eklampsie zusammen, die von 250 Operateuren in allen Weltteilen ausgeführt wurden. Er fasst das Ergebnis in einer Zahl von Schlussfolgerungen zusammen, von denen die wichtigsten herausgegriffen seien. Bis 1908 betrug die mütterliche Mortalität 47,97%, nach dieser Zeit bis 1913 nur 25,79%, sank also fast um die Hälfte. Durch sorgfältige Technik und strenge Beschränkung auf sicher nicht infizierte Fälle lässt sich nach Petersons Meinung die Mortalität weiter verringern. So weisen 91 Fälle, von 13 Operateuren ausgeführt, beispielsweise nur eine mütterliche Mortalität von 18,68% auf; ja nach Abrechnung von 15 Fällen, in denen die Frau septisch oder moribund war, ergibt sich sogar nur eine Sterblichkeit von 13,15%. In 54,92% der Fälle hörten die Anfälle nach dem abdominalen Kaiserschnitt auf. Immerhin starben in der Zeit nach 1908 noch 19,8% der Fälle, in denen nach der Operation die Anfälle aufhörten. Allerdings betrug die Mortalität der Fälle, in denen Anfälle nach der Operation weiterhin auftraten, 31,52%. Wichtig ist nicht erst als letztes Mittel, sondern sobald als möglich den abdominalen Kaiserschnitt zur Entleerung des Uterus anzuwenden. 20,32% betrug die Mortalität der Mütter in den Fällen, in denen nur 1—5 Anfälle der Operation voraufgegangen waren; sie sank auf 15% in den Fällen, in denen ausserdem nur 1—2 mal vaginal untersucht worden war. Auf 30,33% stieg die Sterblichkeit in den Fällen, in denen mehr als sechs Anfälle

vor dem Eingriff beobachtet worden waren. Zwillingsschwangerschaft war unter den 500 Fällen häufiger als es der Norm entspricht. Die durchschnittliche Anzahl der Anfälle betrug vor 1908 zehn und nach dieser Zeit acht. Unter Ausschluss der Frühgeburten betrug von 1908—1913 die kindliche Mortalität 3,62%, wenn man die Kinder als lebend rechnet, die eine Stunde post partum noch am Leben waren. Nach Abzug der nach drei Tagen post partum noch sterbenden Kinder stieg die Mortalität auf 10,69%; also auch bezüglich der Kindersterblichkeit ist diese Methode den anderen überlegen, da die Eklampsie eben auch den Fötus in hohem Masse gefährdet. Erstgebärende waren 83,75%, Mehrgebärende 16,17%; die mütterliche Mortalität betrug bei den letzteren 27,08%, bei den ersteren nur 24,44%. Die Mortalität bei abdominalem Kaiserschnitt wegen Eklampsie steigt mit dem Alter der Frau. Schlecht sind die Resultate nur bei unreinen Fällen. Besonders am Platz ist der abdominale Kaiserschnitt in den Fällen, in denen der Entbindung per vias naturales Hindernisse im Wege stehen. Peterson glaubt jedenfalls durch seine Zusammenstellung zeigen zu können, dass bisher vielfach eine zu hohe Mortalität, sowohl der Mutter als auch des Kindes, beim abdominalen Kaiserschnitt wegen Eklampsie angenommen wurde.

Schiller (51) geht chronologisch die seit dem Jahre 1882 in der Königsberger Universitäts-Frauenklinik geübten Behandlungsmethoden und die mit ihnen erzielten Ergebnisse durch: Auf die Behandlung nach G. v. Veit mit grossen Chloroform-Morphium- und Chloraldosen folgte die Zeit der Früh- und Schnellentbindung, besonders unter Anwendung des vaginalen Kaiserschnittes nach Dührssen. Hierbei bewertet Schiller mit Freund die Ergebnisse nach dem Zeitraum, der zwischen ersten Anfall und Entbindung verstrichen ist, nicht nach der Zahl der Anfälle. In der neuesten Zeit trat wieder die medikamentös-exspektative Stroganoffsche Methode in den Mittelpunkt des Interesses, im Verein mit Aderlässen. Schiller steht auf dem Standpunkt, dass die Ergebnisse der beiden letzterwähnten Methoden bis jetzt noch einander die Wage halten.

Aus der Heidelberger Klinik berichtet Mayer (34) über 65 Fälle von Eklampsie. Die gesamte Mortalität der Mütter betrug rund 17%, der Kinder früher 52%, jetzt 23%. Neuerdings empfiehlt die Heidelberger Klinik den abdominalen Kaiserschnitt. Von 20 Fällen starb nur eine Mutter, 17 Kinder wurden lebend geboren. Daneben wird der Aderlass mit und ohne Kochsalzinfusion angewendet.

Wagner (60) versucht sich auf einen vermittelnden Standpunkt zu stellen. Er will weder die reine Stroganoffsche Methode anwenden, noch unter allen Umständen schnell entbinden. Man soll beide Verfahren zu vereinigen suchen. Das Stroganoffsche Verfahren wendet er bei der Eklampsie nach der Entbindung an. Besonders wichtig ist es, dass er hervorhebt, dass alle Eklampsiekranken ins Krankenhaus gehören.

Haughton (21) gibt als Zeichen einer drohenden Eklampsie, auf die besonders zu achten sei, an: Kopfschmerzen, Sehstörungen; Übelkeit, Erbrechen; auch auf Ödeme ist zu fahnden und der Urin fortlaufend zu kontrollieren. Bei ausgebrochener Eklampsie rät er, wenn irgend möglich, zu entbinden; bei fehlender Eröffnung durch Kaiserschnitt. Magenspülungen, Infusion, Aderlass und Schweissanregung, sowie in schweren Fällen die Nierendekapsulation sind ausserdem angezeigt. Von Narkotizis wendet er nur das Chloralhydrat an.

Dagegen tritt Worsley (62) warm für aktive Methode bei der Eklampsie ein, und zwar mit Dilatatoren.

Rouvier (49) weist nach einleitenden theoretischen Erörterungen, die die verschiedenen Formen der Eklampsie betreffen, an einer Reihe von selbstbeobachteten Fällen den günstigen Einfluss kochsalzfreier, vorwiegend pflanzlicher Kost auf Blutdruck und Albuminurie der Eklamptischen bzw. Präeklamptischen

nach. Der Übergang von dem Zustand normaler physiologischer Funktion aller Organe zu dem der vollständigen Toxämie bildet ein Zeitabschnitt verschiedener Dauer, charakterisiert durch einige Prodromalsymptome. Diesen Übergangszustand rechtzeitig zu erkennen, darauf legt Rouvier besonderes Gewicht. Die Hauptkennzeichen dieses Prodromalstadiums sind der erhöhte arterielle Blutdruck und die Albuminurie. Allerdings kann, wenn auch selten, der Blutdruck minimal oder nur wenig erhöht sein. Zur Stellung der Prognose darf jedenfalls die Höhe des Blutdruckes allein nicht herangezogen werden.

Die Albuminurie gehört zu den konstanten Symptomen der Eklampsie. Nur bei einigen Kranken vermisste sie Rouvier im Intervall zwischen den Anfällen, also nur vorübergehend. Im Hinblick darauf, dass die Mehrzahl der Organsysteme bei der Eklampsie schliesslich in Mitleidenschaft gezogen werden: Niere, Darmtraktus, Gehirn und Meningen, Lungen usw., erschien Rouvier die Behandlung mit Morphium besonders geeignet zur Bekämpfung der Toxämie. Nach Abzug von zwei Fällen von 13 mit Morphium nach seiner Methode behandelten Fällen, die moribund eingeliefert wurden und starben, erzielte er eine Mortalität von 0%: die anderen 11 Fälle wurden geheilt. Da nach seinen Beobachtungen Morphium auch in den schwersten Fällen von Eklampsie rasch durch die Niere wieder ausgeschieden wird, gab er sehr grosse Dosen, um die Krämpfe sicher zu unterdrücken: einmal 11 cg in 46 Stunden; ein anderes Mal gar 14 cg in 30 Stunden. Das Minimum der Morphiumgabe beträgt $4^1/_2$ cg; die ganz grossen Dosen bleiben für die schwersten Fälle vorbehalten. Man gibt während der ersten Stunde viermal 1 cg, dann gibt man, falls die Anfälle aufhören, nach zwei Stunden nochmals 1 cg. Solange nicht zwei Stunden die Anfälle aussetzen, solange gibt man weiterhin stündlich 1 cg. Auch eine diuretische Wirkung schreibt Rouvier dem Morphium zu. Unterstützt werden muss die Morphiumtherapie noch durch eine Reihe von anderen Massnahmen; doch bleibt das Wichtigste immer die Morphiumdarreichung. Magenspülungen mit sterilem Wasser (5—6 Liter) nach Umständen wiederholt; flüssige Diät; möglichst hohe Rektalspülungen, ebenfalls mindestens 6 Liter alle 6—8 Stunden; Helmitol zur weiteren Steigerung der Diurese. In besonders schweren Fällen wendet Rouvier Aderlässe bis zu 300 g und Sauerstoffzufuhr durch Einatmung und subkutan an. Auch Lumbalpunktion kommt in Frage. Ob das Punktat klar oder blutig ist, hat nach Rouvier prognostische Bedeutung. Häufiger als vielfach angenommen wird, schliesst sich an die Eklampsie nach Rouviers Ansicht eine Manie oder eine Amnesie (siehe Aschner (2)) an. Durch Aderlass und die Morphiumbehandlung soll sich die Zahl der posteklamptischen Psychosen vermindern lassen. Im allgemeinen bietet die Psychose eine gute Prognose. Rouvier steht auf dem Standpunkt, dass durch seine Methode der Morphiumbehandlung im Verein mit den übrigen geschilderten therapeutischen Massnahmen, die eigentlich alle bei Eklampsie empfohlenen Prozeduren in sich schliessen, mit Ausnahme der operativen Entbindung, der bis dahin als eine schwere Erkrankung geltenden Eklampsie ihr bedrohlicher Charakter zum grössten Teil genommen sei.

Zinke (64) weist auf zwei im Jahre 1913 erschienene amerikanische Publikationen hin, in deren einer die sofortige Entleerung des Uterus durch vaginalen Kaiserschnitt als die erfolgreichste Methode der Eklampsiebehandlung gepriesen wird, während in der anderen der rein medikamentösen Behandlungsart das Wort geredet wird. Wie soll sich nun der Praktiker verhalten, da Todesfälle bei beiden so verschiedenen Methoden in fast der gleichen Prozentzahl vorkommen? Unter Polemik gegen andere Autoren empfiehlt Zinke die medikamentöse Behandlung mit Veratrum viride, subkutan angewandt, heissen Bädern oder Packungen, Milchdiät. Ist die Patientin in der Geburt, so kann man durch Wendung oder Zange entbinden. Seine mütterliche Mortalität ist 13%. Angaben über die kindliche fehlen.

Hirsch (22) streift in seinem Referat über die praktischen Ergebnisse der Geburtshilfe auch die Eklampsiefrage. Den Anhängern der Frühentbindung, auch auf blutig-operativem Wege, sind in denen, die nach Zweifel-Stroganoff mit einem Aderlass die Morphium-Chloralhydrattherapie verbinden, Gegner erwachsen; zwischen ihnen, auf der „mittleren Linie", stehen diejenigen, die eine schonende, aber schnelle Entbindung mit dem Zweifel-Stroganoffschen Verfahren vereinen. Der Therapie der mittleren Linie neigt auch Hirsch zu; für wichtig hält er die Verdrängung des Chloroforms durch den Äther zur Narkose bei Eklamptischen. Auch Euphyllin wandte er mit Erfolg an.

Reifferscheid (44) hat 16 zum Teil sehr schwere Fälle von Eklampsie in der Bonner Frauenklinik in den Jahren 1910—1911 mit Euphyllin intramuskulär oder rektal behandelt. Der Erfolg war sehr gut: nur ein mütterlicher Todesfall. Meist trat starke Diurese sofort ein. Nicht nur in der Entwässerung, sondern auch in der Entsalzung erblickt Reifferscheid die Hauptwirkung und empfiehlt die systematische Anwendung des Präparates bei Eklampsie.

Lichtenstein (31) rät, das Euphyllin bei Eklampsie weiter auszuprobieren, da er einen gewissen günstigen Einfluss in fünf Fällen, die er damit behandelt, beobachtete.

Hofstätter (24) führt in einer ausführlichen Besprechung der Anwendung der Hypophysensubstanzen in der inneren Medizin und Geburtshilfe u. a. an, dass auch in der Bekämpfung der Eklampsie Hypophysenextrakte bzw. ihre diuretische Wirkung Anwendung fanden, so von Krakauer und Schlossberger. Dagegen wird von Antecky und Zakrzewsky jeglicher Einfluss dieses Mittels auf die Eklampsie bestritten.

Rongy (46) gelang es, durch Injektion von fötalem Serum die Geburt in Gang zu bringen, gleichzeitig verschwanden bei einer Kreissenden die Anzeichen drohender Eklampsie. Er gab daraufhin das Serum (10—20 ccm intramuskulär) mit gutem Erfolge bei vier schweren Fällen von Eklampsie und in zwei Fällen drohender Eklampsie.

Kolossoff (29) beobachtet in einem Falle von Eklampsie bei einer 39 jährigen Erstgebärenden Asphyxie während des vaginalen Kaiserschnittes, deshalb zur Rettung des Kindes der klassische Kaiserschnitt. In der Bauchhöhle grosse Mengen von Blut und die Ursache des Blutes war Ruptur der Leber. Tödlicher Ausgang.

Aschner (2) beschreibt zwei Fälle von Amnesie. Er hält das Symptom für verhältnismässig regelmässig, wenn auch in der Literatur darüber nicht viel bekannt ist.

Zweifel (65) beschreibt das Auftreten von Eklampsie $3^1/_2$ Stunden nach der Totalexstirpation des Uterus mit linken Adnexen bei einer Viertgebärenden mit engem Becken, bei der Entbindungsversuche zur Uterusruptur geführt hatten. Nach Anwendung der Stroganoffschen Methode erwachte die Patientin am dritten Tage aus dem Koma, am 17. Tage verschwand die Aphasie; Heilung. Das Krankheitsbild war getrübt durch die schwere Anämie.

Jung (28) beobachtete zwei Fälle von Eklampsie, nach Stroganoff behandelt, in denen seiner Meinung nach die Kinder starben infolge des Überganges von Morphium, Chloral bzw. Chloroform von der Mutter auf den Föt; in einem dritten Fall war eine tiefe Asphyxie des Kindes die Folge der erwähnten Therapie. Danach stehen die klinischen Erfahrungen im Gegensatz zu experimentellen Untersuchungen, nach denen nur Spuren von Narkotizis von der Mutter auf den Fötus übergehen.

II. Placenta praevia.

1. Appelgate, J. C., Four unusual obstetric complications. New York Med. Journ. Aug. I. C. Nr. 5. (Der zweite Fall war kompliziert durch Placenta praevia lateralis, fibromyxomatöse Degeneration des Chorion und allerlei Missbildungen des teilweise mazerierten Fötus. Im vierten Fall wurde wegen Placenta praevia centralis im 8. Monat Kaiserschnitt ausgeführt.)

2. *Brindeau, A., Traitement actuel des hémorragies dues au placenta praevia. Journ. des sages-femmes. Ann. 42. Nr. 8. p. 57—59. Nr. 9. p. 65—66. Nr. 10. p. 73—74 u. Clin. Tarnier, Paris. Rev. mens. de gyn., d'obst. et de péd. Ann. 9. Nr. 4. p. 233, 243.

4. Cathala, Opération césarienne conservative pour insertion vicieuse du placenta. Gyn. 18. Nr. 2. p. 116 ff. (Empfehlung des Kaiserschnittes bei Placenta praevia auf Grund der Literatur und eines eigenen Falles.)

5. Cohn, R., Pituglandol bei Placenta praevia. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 28. p. 1430. (Bei einer 26jährigen Erstgebärenden, fünf Wochen vor dem normalen Ende der Schwangerschaft, bewirkte Pituglandolinjektion innerhalb 3½ Stunden die Erweiterung des für die Fingerkuppe zugängigen Muttermundes, so dass mit zwei Fingern die Blase gesprengt werden konnte.)

6. *Davis, Edward P., The treatment of placenta praevia. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. LXIII. Nr. 4. p. 290 ff. July 25.

7. Döderlein, A., Cura dell' emorragia dell' area placentare negli ultimi mesi della gravidanza. Clin. ostetr. Jahrg. 16. Nr. 4. p. 73—81. (Statistische Zusammenstellung im ganzen von 5161 Fällen von Placenta praevia. Mütterliche Mortalität 8%, kindliche Mortalität 54%.)

7a. Engelhard, I. L. B., Over Placenta praevia. Nederl. Tijdschr. v. Verlosk. en Gyn. 23. Jahrg. 3. Aufl. (Verf. gibt einen Überblick über die Fälle von Placenta praevia aus der Utrechtschen Universitätsklinik und Poliklinik von 1899—1911. Auf 20793 Geburten 100 Fälle, d. h. 0,48% oder 1 auf 207 Geburten. Einfluss von früheren Graviditäten, die Ätiologie, Insertionsstelle des Eies werden ausgiebig besprochen, sowie auch der Beginn der Blutung, der Einfluss auf die Schwangerschaftsdauer, die Lage der Frucht, Komplikationen, wonach Verf. zur Behandlung der Placenta praevia kommt. Eihautstich, Gazetamponade, Kolpeurynter; Herunterholen eines Fusses bei unvollkommener Eröffnung, Braxton-Hicks und die operativen Behandlungsmethoden. Der Verf. gibt bei den verschiedenen Fällen eine Gesamtmortalität für die Mutter von 9—10%, für die Kinder von 52,6%. Eine sehr eingehende Besprechung der Krankengeschichten bei den verschiedenen Arten der Behandlung führt den Verf. zur Konklusion, dass für das Kind die beste Methode der Eihautstich, die Tamponade der Cervix und Vagina, Metreuryse und Kaiserschnitt sei, während dagegen im Interesse der Mutter die Wendung nach Braxton-Hicks am ungefährlichsten wäre, oder bei starken tiefgehenden Cervixrissen besser der Kaiserschnitt, sowie bei Blutung im Anfang der Geburt, wenn die Eröffnung noch sehr gering ist, vorausgesetzt, dass keine Infektion im Spiel ist.) (Mendes de Leon.)

8. Fabre et Fouilloud-Buyat, Un cas de placenta praevia. Réunion obst. et gyn. de Lyon. 16 Mars.

9. Fekete, Durch Placenta praevia centralis bedingte Hysterotomie. Zentralbl. f. Gyn. p. 805. (Ein komplizierter Fall, bei dem die abdominale Uterusexstirpation vorgenommen wurde, mit gutem Erfolg für die Mutter.)

10. Fournier, De l'emploi de l'extrait du lobe postérieur de l'hypophyse dans le placenta praevia, la délivrance à terme et la rétention placentaire post-abortive. Soc. d'obst. et de gyn. de Toulouse. 4 Mars.

11. Harrar, J. A., Efficient methods in the treatment of placenta praevia. New York State Journ. of Med. Jahrg. 14. Nr. 2. p. 81 ff. (Harrar empfiehlt die Metreuryse und warnt vor forcierter Entbindung. Im New Yorker Lying-in-Hospital kamen in 20 Jahren 466 Fälle von Placenta praevia, von denen 70 tödlich ausgingen, auf 81000 Geburten. Die mittlere Mortalität sank in den letzten fünf Jahren von 18% auf 11½%. In gewissen Fällen kommt auch der abdominale Kaiserschnitt in Frage.)

12. Jung, Ph., Behandlung bedrohlicher Blutungen während der Geburt. Deutsche med. Wochenschr. Jahrg. 40. Nr. 23. p. 1145—1146. (Zusammenfassende Darstellung.)

13. Kohlmann, The cesarian section in ante-partum hemorrhage. New Orleans Med. and Surg. Journ. Jahrg. 66. Nr. 9. p. 655. (Kohlmann empfiehlt auf Grund zweier eigener Fälle den Kaiserschnitt bei Placenta praevia und vorzeitiger Lösung der normalsitzenden Plazenta.)

14. Kosmak, G. W., Dystocia und Placenta praevia nach Interposition. Med. Record. Bd. 84. 1913. Nr. 15. (Heilung durch Kaiserschnitt.)

15. Kupermann, L., Placenta praevia und ihre Behandlung nach Braxton Hicks. Inaug.-Diss. München 1913.

16. *Lindemann, Walther, Über die Anwendung der Hysterotomia anterior bei Placenta praevia. Prakt. Ergebn. d. Geb. u. Gyn. Jahrg. 6. Heft 1. p. 163 ff.

17. Mac-Pherson, Treatment of placenta praevia by cesarean section. When, if ever is it justifiable? Bull. of Lying-in-Hosp. of the City of New York. Jahrg. 9. Nr. 3. p. 198 ff. (Der Kaiserschnitt wird bei Placenta praevia empfohlen bei langer, wenig eröffneter Cervix und lebendem Kind, gleichviel ob das Becken normal oder verengt ist. Die mütterliche Mortalität betrug 5,3%, die kindliche 26% in 16 Fällen.)

18. Nagel, W., Placenta praevia und ihre Behandlung. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 19. Nr. 1. (Nagel hat in 50 Fällen die Wendung nach Braxton-Hicks bei Placenta praevia angewendet. Er zieht diese Methode auf Grund seiner Ergebnisse den anderen in Frage kommenden, wie Tamponade, Ballonbehandlung, vaginalen und abdominalen Kaiserschnitt vor.)

19. *Nürnberger, L., Zur Kenntnis der Placenta praevia, speziell der Placenta praevia accreta. Prakt. Ergebn. d. Geb. u. Gyn. Jahrg. 6. Heft 1. p. 1 ff.

20. Pargschew, D. A., Sectio caesarea abdominalis bei Placenta praevia. Journ. f. Geb. u. Gyn. p. 199. Ref. Zentralbl. Nr. 34. p. 1196. (Ein Fall von Placenta praevia centralis bei 35jähriger VIII-Gebärenden wurde mit günstigem Ausgang für Mutter und Kind durch klassischen Kaiserschnitt behandelt. Pargschew empfiehlt diesen Eingriff auch bei Anämie der Mutter und bei gefährdetem Kind; nur bei infektiösen oder infektionsverdächtigen Fällen sieht er davon ab.)

21. Purslow, C. E., Uterus with multiple Fibroids and Placenta praevia, removed by Hysterectomy. Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 25. Nr. 6. June. p. 363. (Myom, bis zum Rippenbogen reichend; im Uterus ein 11 Wochen alter Fötus; die Plazenta bedeckte das Os internum.)

22. *Reinhardt, E., Über die Gefahren der Tamponade bei Placenta praevia. Zentralbl. f. Gyn. Jahrg. 38. Nr. 4. p. 168 ff.

23. Sapelli, Die Metreuryse in der Behandlung der Placenta praevia. 10 Fälle durch Metreuryse geheilt und 10 lebende Kinder. Liguria med. 1913. August 15. (Auffallend ist, dass das Instrument ausserhalb des Amnion angelegt wurde.)

24. Stratz, Behandlung der Placenta praevia. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 76. p. 713. (Unter 173 Fällen von Placenta praevia genügt in der Privatpraxis 63mal die Blasensprengung, 110mal wurde die Braxton-Hicks-Wendung gemacht. Nur eine Mutter starb, 77 Kinder (45%) kamen tot zur Welt. Stratz empfiehlt für die Praxis auf Grund der vortrefflichen Erfolge ganz besonders die Braxton-Hickssche Wendung.)

25. — Sitzg. vom 5. April zu Leiden. (Stratz komplettiert seine Mitteilung über Placenta praevia. Die Behandlung war: bei geringer Blutung am Ende der Schwangerschaft: Ruhe, Morphium, niemals Tamponade; bei schwerer Blutung prophylaktische Wendung — Braxton-Hicks; Abwarten und nur extrahieren, wenn das Kind bis an den Schultern geboren. Resultate: zweimal Infektion, vom Endometrium, einmal Douglasabszess. In 50 Fällen leichte Störungen. Ein Todesfall [Verblutungstod? Luftembolie?]. Tamponade ist jedenfalls zu verwerfen. Operatives Eingreifen ganz abzuraten. Diskussion: Kouwer meint, aus den verschiedenen Statistiken schliessen zu dürfen, dass operatives Eingreifen in keinem der Todesfälle imstande gewesen wäre, die Frau zu retten. Mit gut ausgeführter Tamponade kommt man am besten aus, vorausgesetzt, dass man streng aseptisch arbeitet und nicht zu lange abwartet, wodurch die Frau zu anämisch wird. De Snoo sieht mehr Erfolg von der Sectio caesarea vaginalis bei Placenta praevia, als von der Tamponade, die immer Infektion herbeiführt und wobei man Cervixrisse vollständig vermeiden kann. Besonders bei starker Blutung, wenn noch kein Kolpeurynter eingebracht werden kann, ist die Sectio vaginalis indiziert, da man dann auch das Kind retten kann, was bei Braxton-Hicks unmöglich zu sagen ist. Engelhard befürwortet ebenfalls die Tamponade.) (Mendes de Leon.)

26. Thierry et Lafay, Dystocie par variété rare de placenta praevia. Tours méd. Ann. 10 Nr. 3. p. 45—48.

27. *Zinke, E. Gustav, A few points of practical importance in obstetrics, gynecology and abdominal surgery. The treatment of placenta praevia. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. LXIII. Nr. 10. Sept. 5. p. 817.

Davis (6) fasst die Placenta praevia auf als eine besondere Form der ektopischen (!) Schwangerschaft, da sich das Ei nicht an normaler Stelle einnistet. Sie bietet in gleicher Weise die Gefahr der Blutung wie der Infektion, und wie bei der Extrauteringravidität klinisch-operative Behandlung nötig ist, so auch bei der Placenta praevia. Für den praktischen Arzt und im Privathaus empfiehlt er Blasensprengung bei Placenta praevia partialis bzw. lateralis. Zur Wendung nach Braxton-Hicks rät er, wenn die Placenta praevia eine totale ist. Die Extraktion danach ist streng verboten und das kindliche Leben muss zugunsten des mütterlichen geopfert werden. Dazu soll Strychnin, Atropin oder Digitalis gegeben werden. Nach der Geburt soll eine Uterusspülung und Tamponade vorgenommen werden, um Post partum-Blutungen zu vermeiden. In der Klinik soll nach Blasensprengung der Metreurynter eingeführt werden bei Placenta praevia lateralis; durch anschliessende Entbindung (Forzeps) nach genügender Erweiterung des Muttermundes kann die Kindersterblichkeit bedeutend vermindert werden. Bei totaler Placenta praevia, besonders auch bei Erstgebärenden ist der abdominale Kaiserschnitt am Platz, Wendung nur bei totem oder nicht lebensfähigem Kind. Auch bei lebendem Kind kommt besonders bei Mehrgebärenden die Metreuryse in Frage mit anschliessender operativer Entbindung. In 17 Fällen führte Davis den abdominalen Kaiserschnitt aus; auch nach dieser Operation spült und tamponiert er den Uterus vom Abdomen her. Alle Mütter blieben am Leben, die kindliche Mortalität betrug 40%.

Zinke (27) ist der Ansicht, dass die Mehrzahl der Fälle von Placenta praevia mit günstigem Ausgang für die Mutter behandelt werden kann mit Tamponade, Metreuryse, Wendung und langsamer Extraktion. Doch geht bei diesen Behandlungsmethoden ein grosser Prozentsatz der Kinder zugrunde. In gewissen Fällen hält Zinke auch den abdominalen Kaiserschnitt für berechtigt, so wenn bei Placenta praevia lateralis oder partialis die Blutung nicht sicher durch die obenerwähnten Massnahmen beherrscht werden kann, wenn die Chorionzotten die Muskularis durchwuchert haben, wenn die Cervix sehr lang oder sehr rigide ist und wenn die Kindeslage Tamponade oder Metreuryse unmöglich bzw. unwirksam macht. Besonders wendet er sich gegen die, die den Kaiserschnitt wohl bei Eklampsie, aber nicht bei Placenta praevia für berechtigt halten, indem er die Frage aufwirft, ob nicht ein durch abdominalen Kaiserschnitt lebend zur Welt gebrachtes Kind bei Placenta praevia bessere Aussicht habe, am Leben zu bleiben als bei Eklampsie.

Lindemann (16) zieht auf Grund der Erfahrungen der Hallenser Frauenklinik bei Behandlung der Placenta praevia den vaginalen Kaiserschnitt im allgemeinen dem abdominalen aus verschiedenen Gründen vor. Die Hernienbildung und Wundeiterung fällt fort; er ist leichter auszuführen; auch Blasenverletzungen kommen kaum vor. Nur selten erschwert der Sitz der Plazenta den vaginalen Kaiserschnitt. Bei festsitzender Plazenta besteht bezüglich der Gefahr dieser Komplikation kein Unterschied zwischen der vaginalen und der abdominalen Operation. Allenfalls bei Erstgebärenden bietet der vaginale Weg gewisse Schwierigkeiten. Die Mortalität betrug nur 3,2% bei den Müttern und 24% bei den Kindern.

Reinhardt (22) berichtet über 270 Fälle von Placenta praevia, die in den letzten 10 Jahren in der Dresdener Frauenklinik behandelt wurden. 115 Fälle wurden tamponiert eingeliefert. Die Gesamtmorbidität betrug 42%, die Ge-

samtmortalität 2,2 %. 47 % der fieberfreien Fälle waren tamponiert, 66 % nicht tamponiert; von den fiebernden 53 %, 34 % nicht; von den an Sepsis gestorbenen 4,3 %, 0,7 % nicht. Morbidität und Mortalität ist demnach bei den tamponierten Fällen höher. Bei mässiger Blutung soll man zum Transport Morphium geben und nicht tamponieren, besonders nicht, wenn Placenta praevia gar nicht nachgewiesen ist. Lässt sich zum Transport die Tamponade nicht umgehen, so soll man streng aseptisch mit in dünner Permanganatlösung getränkter und wieder ausgedrückter Gaze tamponieren. Jeder tamponierte Fall gilt als infektionsverdächtig.

Brindeau (2) schildert die Gefahren der Placenta praevia, die gleicherweise Mutter und Kind betreffen: Tod durch Verblutung und Tod durch Sepsis. Nach neueren Statistiken starben 6,5 % der Mütter durch Infektion, 2,5 % durch Verblutung. Je tiefer die Plazenta sitzt, um so grösser ist die Gefahr. Die kindliche Sterblichkeit betrug zwischen 25 % und 70 %. Die erweiternden Eingriffe an der Cervix gefährden das Kind durch Nabelschnurvorfall. Die forcierte Erweiterung der Cervix ist als zu gefährlich verlassen. Die noch viel gebräuchliche Tamponade hat den Nachteil, aus der äusseren Blutung eine innere zu machen, die der Kontrolle des Auges entzogen ist. Man soll unterscheiden zwischen chirurgischer Entbindungsmethode, die für eine kleine Zahl von Fällen aufgespart bleiben kann, und geburtshilflicher Entbindungsmethode, die für die Mehrzahl der Fälle in Betracht kommt. Zu diesen gehören: Blasensprengung, ferner Wendung, die das kindliche Leben bisweilen in Gefahr bringt, schliesslich Metreuryse. Zu den chirurgischen Entbindungsmethoden gehören der abdominale und vaginale Kaiserschnitt. Zu den letzteren Verfahren rät Brindeau erst dann zu greifen, wenn die geburtshilflichen Methoden nicht zum Ziele führen.

Kupermann (15) hat als Ergebnis der Erfahrungen der Münchener Klinik die kombinierte Wendung ohne Extraktion als das beste Verfahren bei Placenta praevia empfohlen. Von 39 Fällen starben fünf Frauen, von denen allerdings epikritisch einige Fälle ausscheiden. Die kindliche Mortalität betrug allerdings 80 %.

Nürnberger (19) gibt eine Übersicht über die Untersuchungen, die aus den letzten Jahren über Placenta praevia, über das Eindringen der Chorionzotten in die Uteruswand und die Placenta accreta sowie über das Chorionepitheliom vorliegen; seine eigenen Untersuchungen betreffen einen im dritten Monat graviden Uterus, an dem sich makroskopisch und mikroskopisch ein Isthmus deutlich nachweisen liess und einen zweiten Fall, in dem die Plazenta mit der Vorderwand des Isthmus und des Zervikalkanals fest verwachsen war. Mikroskopisch war hier besonders auffallend die ausgedehnte Einwucherung der Chorionzotten in das Myometrium. Doch hält Nürnberger diese Erscheinung und die abnorme Eieinnistung nicht für ausreichend zur Erklärung der Placenta accreta, besonders wenn man den Befund bei anderen Placenta praevia-Fällen und bei der Tubargravidität zum Vergleich heranzieht. Eben das Fehlen der Spongiosa und die vielleicht durch Fermentwirkung bedingte parenchymatöse Degeneration des Myometriums, kurz, die hochgradige Veränderung von Decidua und Uterus, muss man, wie es auch Baisch getan hat, nach Nürnberger berücksichtigen, um die Plazentarverwachsung zu erklären.

III. Kindliche Störungen.

Referent: Frl. Elisabeth Loewenhardt cand. med.

A. Missbildungen[1]).

1. **Bellardoni**, Contributo clinico statistico della concomitanza di mostruosita fetali ed idramnios. Ist. ost. gin. Torino. Gin. minon. VII. p. 33. s. a. Zentralbl. d. ges. Geb. u. Gyn., Bd. 5. p. 283. (Unter 68 Fällen von Hydramnion 17 mal (25%) Zwillinge; neunmal Missbildungen, zweimal Entwicklungsstörungen in geringem Grade.)
2. **Gussew**, Über die Schwierigkeit, die Anencephalie der Frucht während der Geburt zu erkennen. Journ. f. Geb. u. Gyn. p. 247. (Russisch.) (Missbildung wurde nicht intra partum erkannt. Volles Fehlen des Gehirns, Spina bifida.)
3. **Humpstone**, Dystozie und Tod des Fötus infolge kongenitaler Zystenniere. New-York. Obst. Soc. Oct. 1913. Gyn. Rundschau. Heft 23/24. p. 719. (Beschreibung der makroskopischen und mikroskopischen Veränderungen der Nieren. Verf. hält die Zystennieren für eine Entwicklungsstörung.)
4. **Marek**, Ruptur einer Nabelschnurhernie intra partum. Casopis lék. cesk. 1913. Nr. 45. Zentralbl. f. Gyn. p. 293. (An der vorderen Bauchwand in der Gegend der Nabelstranginsertion ein mannsfaustgrosses Gebilde, das aus Darm, Magen und Leber bestand. Operation. Heilung. Verf. fand fünf analoge Fälle. Nach der letzten Statistik von Finsterer betrug die Mortalität nach der Operation 22%.)
5. **Scherer**, Monstrosität, die ein Geburtshindernis bildete. Gyn. Sect. Ärztev. Budapest. 8. 12. 13. Zentralbl. f. Gyn. Jahrg. 38. Nr. 22. p. 810. (Starker Aszites einer sieben Monate alten Frucht und Überfüllung der persistierenden Kloake machten eine Geburt unmöglich. Punktion der beiden Flüssigkeitsansammlungen. Extraktion.)
6. **Simon**, Praktische Betrachtungen über die Aufgabe des Geburtshelfers bei einigen fötalen Missbildungen des Kopfes. Thèse de Paris. 1913. Rev. prat. d'obst. et de gyn. Jahrg. 22. Nr. 1. p. 1—7. (Dass es sich um Föten mit mangelhafter, resp. rudimentärer Schädeldecke oder Gehirn handelt, kann man mit Sicherheit behaupten, wenn man 1. wiederholt beobachtet, dass sich in der späteren Schwangerschaftszeit durch den touchierenden Finger konvulsive Bewegungen des Fötus auslösen lassen, wenn 2. dabei Hydramnion und 3. Nephritis der Mutter besteht. Eventuell Einleitung der Frühgeburt im siebenten bis achten Monat, da am Ende der Schwangerschaft für die Mutter gefährliche Komplikationen entstehen können (Hydramn., grosse Schulternbreite].)
7. **Vallois** und **Madon**, Geburtshindernis durch Hydrocephalus. Bull. de la soc. d'obst. et de gyn. de Paris. Jahrg. 3. p. 240. (Mehrere vergebliche Zangenversuche. Nach richtiger Diagnosenstellung Perforation und Extraktion.)
8. **Zweifel, P.**, Die Geburt eines durch angeborenen Aszites unförmlich vergrösserten Kindes. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Leipzig. 618. Sitzg. 16. Febr. Zentralbl. f. Gyn. p. 969. (Ein Fall der Art. Demonstration durch Neumann: Die Missbildung zeigt verschiedene Abnormitäten im Urogenitalsystem. Die eigentliche Ursache für den Aszites bildete die prall gefüllte, dilatierte Harnblase; in der darin enthaltenen Flüssigkeit befand sich keine Harnsäure; es konnte sich nicht um Urin handeln. Die Dilatation war also nicht durch Urinstauung, sondern durch aktives exzessives Wachstum entstanden.)

B. Multiple Schwangerschaft.

1. **Ambrosini**, A proposito di trasmissione della sifilide nella gravidanza gemellare. Opera pia guardia ostetr. ed asilo „Regina Elena". Milano. Jahrg. 28. p. 113—125. (Mutter luetisch infiziert. Abort im vierten Monat; später im siebenten Monat spontane Geburt eines 42 cm langen, toten mazerierten Kindes mit leichten Aszites-Pemphigusblasen; danach schwere Blutung. Ein zweites Kind im Uterus. Querlage,

---

[1]) Hier sind nur berücksichtigt diejenigen Missbildungen, welche zu Geburtsstörungen Veranlassung gegeben haben.

Wendung, Extraktion. Kind lebt, zeigt keine luetischen Veränderungen. Nach zwei Stunden Exitus. Möglichkeit, dass einer der Zwillinge nicht luetisch infiziert zu sein braucht.)

2. Bar, P., Présentation d'un placenta de grossesse gémellaire monoamniotique avec un des foetus bien développé et l'autre petit, momifié, trouvé libre dans la cavité amniotique. Bull. de la soc., d'obst. et de gyn. de Paris. Jahrg. 2. p. 772—775. 1913. (Das Wesentliche ist im Titel angegeben.)

3. Benthin, Eineiige Zwillinge und Hydramnios. Nordostdeutsche Ges. f. Gyn. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 564. (Zwei Fälle. Gemeinsam: akutes Hydramnion im vierten bis fünften Monat; 6—7 Liter Fruchtwasser. 1. Fall: Polyhydramniotischer Fötus; Herz- und Leberhypertrophie, grosse Eihöhle und reichliche Plazentargefässe, grösser als der Oligohydramnios, ausserdem ein oligohydramniotischer Fötus. Insertio velamentosa der Nabelschnur. 2. Fall: Oligohydramniotischer Fötus weit grösser und voluminöser in seinen Organen als der polyhydramniotische. Ein polyhydramniotischer Fötus. Insertio velamentosa der Nabelschnur. Nieren in beiden Fällen bei beiden Zwillingen annähernd gleich gross.)

5. Bogdanovics, Ein Fall von Zwillingsgravidität mit intra- und extrauterinen lebenden Früchten. Demonstration. Gyn. Sekt. d. kgl. ungar. Ärztevereins zu Budapest. Sitzg. vom 8. Dez. 1913. Zentralbl. f. Gyn. p. 807. (Verf. beschreibt einen Fall von neun Monate alter Intra- und Extrauteringravidität, zwei lebende Früchte verschiedenen Geschlechts. Beide Keime stammen aus dem linken Ovarium. Die rechtsseitige tuboabdominale Frucht wurde 22 Tage nach der Geburt der intrauterinen durch Laparotomie entfernt.)

6. Braham, Zwillingstubenschwangerschaft mit Tubarabort eines Zwillings. Brit. med. Journ. August 1. (Gravidität im sechsten Monat. Wegen starker Blutung Laparotomie. Beide Föten abgestorben ungefähr 17½ cm lang; einer frei unter der Leber liegend. Heilung.)

7. Brattström, Ein Fall von viereiigen Vierlingen nebst einigen Beobachtungen betreffs der Vierlingsgeburten im allgemeinen. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. Heft 1. (Spontane Geburt von vier viereiigen männlichen Früchten, drei lebend und ausgetragen, eine mazeriert. Drei der Plazenten sind durch deutliche Scheidewände voneinander getrennt. Mehrlingsgeburt ist als Folge eines abnormen Reichtums des Ovariums an Follikeln und gleichzeitigem Platzen mehrerer Follikel aufzufassen.)

8. Buecheler, Über Mehrlingsschwangerschaft. Ärztl. Verein in Frankfurt. Monatsschrift f. Geb. u. Gyn. Heft 2. p. 324.

9. Chambrelent, Über einen Fall von akutem Hydramnios bei Zwillingsschwangerschaft. Bull. de la soc. d'obst. et de gyn. de Paris. Jahrg. 3. p. 432—436. (Im fünften Monat Entstehen eines akuten Hydramnios. Unterbrechung der Gravidität. Sechs Liter Fruchtwasser. Kinder lebten beide.)

9a. Coron, Contribution à l'étude de la grossesse triple. Thèse de Lyon. Nr. 75. 1913.

10. Demelin, L., Die Prognose der Schwangerschaft und Geburt bei Zwillingen. Revue mens. de gyn., d'obst. et de péd. 1913. Oct. Zentralbl. p. 1320. (100 Beobachtungen. Prognose schlecht; häufig Abort und zahlreiche Frühgeburten. Grund für diese: Überdehnung des Uterus, Hydramnion. Mortalität bei Erstgebärenden grösser als bei Mehrgebärenden. Alle Komplikationen bei Zwillingen schwerer als bei einem Kinde.)

11. Diamant, Geburt eines merkwürdigen Doppelmonstrums. Ned. Tijdschr. v. Geneesk. 1. Nr. 1. p. 35. (Holländ.) Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 4. p. 557. (Spontane Geburt eines Encephalothoracopagus. Ein Gesicht normal, das andere zeigt ein Auge, Andeutung von Nase und Mund; darunter die dicht aneinander gerückten, normal ausgebildeten Ohren; die eine Seite zeigt männliche Genitalien, auf der anderen Seite unbestimmbar.)

12. Dietrich, Monströse Verschlingung der Nabelschnüre monoamniotischer Zwillinge. Zentralbl. f. Gyn. p. 586—588. (Die vielfach verschlungenen Nabelschnüre bilden einen höchst eigenartigen Knoten [keine wahre Knotenbildung]. Erst die Geburt des ersten Kindes führte zu einer Zerrung und festeren Zusammenziehung des Knotens, die den Tod des zweiten Zwillings zur Folge hatte. Vorher hatte die innige Verschlingung keine Zirkulationsstörung hervorgerufen.)

13. Piero Gall, Beitrag zur Kasuistik der Drillingsgeburten. Zentralbl. f. Gyn. p. 126. (Statistik über 81 Millionen Geburten aus verschiedenen Ländern. Auf 7104 Ge-

burten eine Drillingsgeburt; die Hälfte bis Zweidrittel nicht ausgetragen. Verf. berichtet ausserdem von einem Fall, bei dem die Geburt der ersten Frucht durch Zange, der beiden anderen durch Wendung erfolgte. Kinder leben, gut entwickelt, stammen aus drei Eiern. Erbliche Multiparität und Alter hatten hier Einfluss gehabt.) — Colorni fand am häufigsten Drillingsgeburten bei Drittgebärenden. Nach Mirabeau ist der Höhepunkt der Drillingsfruchtbarkeit im Alter von 30—34 Jahren.)

14. Halban, Zur Kenntnis der Zwillingsschwangerschaften. Zentralbl. f. Gyn. p. 332 bis 334. (Als einziges klinisches Symptom auf Absterben einer Zwillingsfrucht in der Schwangerschaft gibt Strassmann eine eventuell, aber durchaus nicht jedesmal auftretende Blutung während der Schwangerschaft an, die nach dem Absterben der Frucht auftreten kann. Dieses Symptom ist jedoch nicht ausschlaggebend für die Diagnose. Verf. meint, dass in manchen Fällen die Diagnose doch schon während der Schwangerschaft möglich sei. In dem beschriebenen Falle treten folgende Symptome auf: 1. im vierten Monat Entstehen eines akuten Hydramnions; zugleich objektiv nachweisbare Uteruskontraktion. Hydramnion verschwand im Laufe des nächsten Monats. 2. Ausgesprochene Wehen, als das Hydramnion verschwand. Hartwerden des Uterus. Wehen hielten während des Restes der Schwangerschaft an, hatten zweimal den Charakter von Geburtswehen. 3. In den letzten Wochen erschien eine quer über die Vorderfläche des Uterus verlaufende Furche [= Grenzlinie zwischen lebender und toter Frucht]. Entbindung am normalen Schwangerschaftsende: mit der Plazenta wurde ein zweiter Sack mit einem Foetus papyraceus ausgestossen. Verf. führt die Symptome alle auf das Absterben der Zwillingsfrucht zurück.)

15. Hardouin, Extrauterine Zwillingsschwangerschaft. Bull. et mém. de la soc. anat. de Paris. Jahrg. 89. p. 164—166. (Rechtsseitige Extrauteringravidität. Laparotomie. 2 je 3 cm lange Föten frei in der Bauchhöhle.)

16. Holst, Paul, Geburt von Vierlingen. Tijdskr. for den Norske Laegeforening. p. 304. (38jährige Lappländerin ungemischter Rasse. Der Mann 55 Jahre alt. 1. Vor der Ankunft des Arztes war ein „ganz kleines" Mädchen geboren. Keine Wehen. Glanduitrin bewirkte nur krampfähnliche Zusammenziehungen. 2. Zange: ein totes Mädchen. 3. Wendung und Extraktion eines lebenden Knaben. An ein viertes Kind wurde nicht gedacht, bis man daran ging, die Nachgeburt zu entbinden; es stellte sich eine Fruchtblase und 4. ein viertes Kind wurde exprimiert. Zwei Plazenten mit je zwei Funiculis. Die Mädchen hatten nur ein Amnion, die Knaben zwei. Das erste Kind starb 10 Tage alt; das andere (Nr. 3) lebte noch nach einem halben Jahre und schien weiter leben zu können.) (Kr. Brandt.)

17. Kamerling, Zwei Fälle von Foetus compressus. (Holländ.) Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. I. p. 2154. Zentralbl. f. d. ges. Geb. u. Gyn. Bd. 5. p. 428. (Zwei Fälle von viermonatlichem Foet. papyr., die nach Geburt eines lebenden Zwillings mit Plazenta ausgestossen wurden.)

18. Kreiss, Die Röntgendiagnose der Zwillingsschwangerschaft. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. 21. Heft 5. p. 578—579. (In zweifelhaften Fällen mittelst Röntgenbestrahlung sichere Diagnose. Aufnahme wird bei straffen Bauchdecken, wenig Fruchtwasser, in Rückenlage, bei Hängebauch in Seitenlage gemacht. Einfluss der Röntgenstrahlen auf das Kind noch nicht beobachtet.)

19. Lévy, Geburtshindernis im Verlauf der Zwillingsschwangerschaft. Revue prat. d'obst. et de péd. 1913. Nov. Zentralbl. f. Gyn. p. 1488. (Kopf des zweiten Zwillings bildet Geburtshindernis für den in Steisslage befindlichen ersten Zwilling. Wegschieben des Kopfes, Extraktion, Forzeps.)

20. Lichtgarn, Fünflinge. Lwowsk t. lek. Nr. 21. Zentralbl. f. Gyn. p 1116. (Spontane Geburt im siebenten bis achten Monat. Alle Kinder leben, starben aber nach 6—12 Stunden. Gemeinsame Plazenta mit fünf Nabelschnüren.)

21. Lokczewski, Ein ungewöhnlicher Fall von Zwillingsgeburt. Gaz. lek. Nr. 11. Zentralbl. f. Gyn. p. 694. (Die beiden Früchte innig verwachsen: zwei Körperoberhälften, eine gemeinsame Körperunterhälfte, ein Becken, eine Nabelschnur, drei untere Extremitäten. Verf. beobachtete drei analoge Fälle. Er meint, dass schwere Lebensverhältnisse, physische Arbeit, schlechte Nahrung, nichthygienische Wohnung, zahlreiche Schwangerschaften für Missgeburten prädisponieren.)

22. Lucker, Twin pregnancy, hydatidiform mole associated with normal ovum, abortion at four months. Proceed. of the Roy. Soc. of Med. Vol. 7. Nr. 3. Obst. and Gyn. Sect. p. 113. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 4. p. 457. (Ausstossung einer Traubenmole und eines normalen Fötus mit normaler Plazenta.)

23. **Marshall**, Akutes Hydramnion in einem Falle von uniovulärer Zwillingsschwangerschaft in der 18. Woche. Journ. of Gyn. and Obst. of the Brit. Emp. Nr. 4. April. (Einteilung in akute, chronische Hydramnions und solche Fälle, wo das chronische Hydramnion einen akuten Charakter annimmt. Ebenso wie letztere, ist die akute Form sehr selten. Auf der Baudelocqueschen Klinik war das Verhältnis des akuten zum chronischen Hydramnion wie 8 zu 623. Die akute Form ist äusserst gefährlich, da das enorm schnelle Anwachsen der Flüssigkeitsmenge die Atmung schädigt und sich die Bauchorgane dieser schnellen Ausdehnung nicht anpassen können. In fast 50% der akuten Fälle lag Zwillingsschwangerschaft vor; gewöhnlich enthielt der eine Amnionsack sehr wenig Flüssigkeit. Verf. schildert einen derartigen Fall: akutes, im vierten Monat auftretendes Hydramnion. Infolge grosser Beschwerden Sprengung der Blase; enorm viel Fruchtwasser geht ab. Am folgenden Tag nach Pituitrin Geburt von Zwillingen in Fusslage. Bei der Extraktion reissen die Köpfe ab. Früchte mazeriert; manuelle Ausräumung. Nur ein Amnionsack war vom Hydramnion ergriffen.)

24. **Mayer, Paul**, Die Eklampsiefälle der Heidelberger Frauenklinik in den Jahren 1902 bis 1912. Inaug.-Diss. Heidelberg 1913. (Auffallend ist der hohe Prozentgehalt von Zwillingsgeburten bei Eklampsie.)

25. **Misuraca**, Über eine Doppelmissbildung. Dicephalus dibrachius. Ann. di ostetr. e gin. Jahrg. 36. Nr. 1. p. 47—56. (Zwei Köpfe, zwei Arme, zwei Füsse, doppelt angelegt waren Wirbelsäule und Hals, Brustorgane und der Darmtraktus bis zum Dünndarm. Drei Hoden, eine Urethra, zwei Nieren, ein Pankreas, zwei Milzen. Verf. ist der Ansicht, dass diese Art von Missbildung spontan geboren werden könne; vorzeitige Extraktionsversuche solle man unterlassen.)

26. **Mylvaganam**, Vorgeschrittenes Cervixkarzinom bei Zwillingsschwangerschaft. Lancet 1913. II. p. 230. Zentralbl. f. Gyn. p. 243. (Totalexstirpation wegen Cervixkarzinom. Im Uterus Zwillingsföten im dritten Monat. Heilung.)

27. **Neugebauer**, Eine neue Serie von 73 Fällen isochroner, heterotoper Zwillingsschwangerschaften, das eine Ei intrauterin, das andere extrauterin implantiert, nebst Schlussfolgerungen. Gyn. Rundschau. Jahrg. 7. p. 809—831. p. 849—873. 1913. (Kasuistische Vervollständigung der bisher veröffentlichten 170 Fälle. Bei 15 der 243 Fälle wurde die Diagnose richtig gestellt. In 35 Fällen erreichten beide Früchte die Reife; 76 intrauterine Kinder wurden lebend geboren und 38 extrauterine ausgetragen. Für die Mütter betrug die Mortalität 20%. Verf. meint, dass die Sterblichkeit mehr abnehmen würde, wenn jedesmal rechtzeitig operiert würde, bevor die Frau zu viel Blut verloren hat.)

28. **Neuhäuser**, Über Zwillingsschwangerschaften. Inaug.-Diss. München 1913. (Unter 12201 Geburten 122 Zwillingspaare, also 1%. Davon 56 Erst- und 66 Mehrgebärende. 58% der Schwangerschaften endeten zu früh. Einfluss der Heredität viermal nachweisbar. Operationsfrequenz 70%. 35 Kinder totgeboren, 26 starben bald nach der Geburt. Von den 122 Müttern starben zwei.)

29. **Nürnberger**, Nachempfängnis und Vererbungsfragen bei der Erzeugung rassedifferenter Zwillinge. Arch. f. Gyn. Bd. 102. p. 4—59. (Verf. erörtert die Frage der Nachempfängnis. Eine Superfökundation, d. h. eine Befruchtung mehrerer aus einer Ovulationsperiode stammender Eier durch Samen verschiedener Herkunft durchaus möglich. Annahme einer Superfötation, d. h. Befruchtung eines zweiten Eies aus einer späteren Ovulationsperiode zweifelhaft.)

30. **Orgler**, Beobachtungen an Zwillingen. Das Längenwachstum der Zwillinge. Mitteilungen II. Monatsschr. f. Kinderheilk. Orig. Bd. 12. p. 490—501. 1913. (Von 15 Beobachtungen zeigten fünf Zwillingspaare bei der Geburt die gleiche Körperlänge, fünf verschiedene Anfangslänge und fünf anfangs verschiedene Länge mit späterem Zurückbleiben eines Kindes. Gewichtskurve verlief gleichsinnig mit der Längenkurve.)

31. **Ottow**, Über Doppelbildungen nebst Mitteilungen über eine menschliche Doppelbildung aus der dritten Embryonalwoche. Petersburger med. Zeitschr. Nr. 9. (Kurzgefasste Besprechung der Doppelbildungen. Anführen eines Thoracopagus parasiticus aus der dritten Embryonalwoche.)

32. **Papitow**, Ein Fall von Drillingsgeburt. Journ. f. Geb. u. Gyn. 1913. p. 1413. (Russ.) (Vor dieser Drillingsgeburt hat Patientin ausser vier Einzelgeburten schon eine Zwillingsgeburt gehabt.)

33 **Philips, Th. B.**, Een geval van dubbele baring by dubbele baarmoeder. Ned. Tijdschr. voor Geneesk. I Helft. Nr. 9. p. 631. (Doppelseitige Schwangerschaft in einem Uterus

pseudodidelphus [Kehrer], wobei beide Uteruskörper getrennt waren und nur die Cervices zusammenhingen. Beide Kinder wurden spontan geboren, das zweite aber erst 2×24 Stunden nach dem ersten. Im Anschluss gibt Verf. eine Auseinandersetzung von den verschiedenen Formen von Doppelbildung des Genitalkanals und ihrer Bedeutung für Schwangerschaft und Geburt.) (Mendes de Leon.)

34. Poucher, Die Überlegenheit des Kaiserschnitts über andere Verfahren in Grenzfällen. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. 1913. Dez. Zentralbl. f. Gyn. p. 572. (Verf. hält neben engem Becken, einzelnen Fällen von Placenta praevia, Geburten bei fixiertem Uterus und Tumoren auch Nabelschnurvorfall für eine Indikation zum Kaiserschnitt.)

35. Primsar, Zwei Fälle von isochroner, heterotoper Zwillingsschwangerschaft. Gyn. Rundschau. Heft 1/6. Zentralbl. f. Gyn. p. 880. (Verf. fügt den früher veröffentlichten 73 Fällen dieser Art zwei neue hinzu. Einmal bestand neben der intrauterinen Schwangerschaft eine Ovarialgravidität, bei der anderen Tubargravidität. Richtige Diagnosenstellung, Operation der Extrauteringravidität, Heilung. Die intrauterine Schwangerschaft endete einige Wochen später durch Abort. Die Grössenverhältnisse beweisen, dass Intra- und Extrauteringravidität zu gleicher Zeit begonnen haben.)

36. Pursche, Über verhakte Zwillinge. Diss. Jena 1913.

37. Rey, Drillingsplazenta. Lyon méd. Nr. 20. (Ein in Schädellage und zwei in Steisslage befindliche Kinder. Jedes der drei gleichgeschlechtlichen Kinder lag in einer vollständig separaten Fruchtblase.)

38. Robinson, Nabelschnurvorfall. Journ. Amer. Med. Assoc. 1913. Vol. 61. Nr. 18. p. 1629. Zentralbl. f. Gyn. p. 293. (Knieellenbogenlage. Morphium. Permanentes Zurückdrängen des Kopfes. Nach zwei Stunden Wendung, Extraktion. Kind lebt.)

39. Schick, Demonstration eines neun Monate alten Zwillings mit Myxödem. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. zu Wien. Berl. klin. Wochenschr. Jahrg. 51. p. 1925. (Bei der Geburt zeigte Kind kein Symptom von Myxödem. Die Schilddrüse der Mutter musste also für die Funktion der kindlichen Schilddrüse vikariierend eingetreten sein. Der andere Zwilling war gesund.)

40. Schiff, Über das serologische Verhalten eines Paares eineiiger Zwillinge. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 30. (Es liessen sich keine serologischen Unterschiede finden.)

41. Schmiedt, Über einen Fall von einseitiger Polyhydramnie und anderseitiger Oligohydramnie bei eineiigen Zwillingen. Inaug.-Diss. Leipzig. (Beschreibung eines derartigen Falles. Theorien zur Erklärung. Erklärung für diesen Fall: Primäre Ungleichheit der Herzen, Asymmetrie im dritten Kreislauf, Stauung im venösen Plazentargebiet des grösseren Zwillings.)

42. Sefl, Drei Fälle von Drillingsgeburten. Casopis lék. cesk. 1913. Nr. 52. p. 1646. Zentralbl. f. Gyn. p. 605. (Alle Früchte ausgetragen, zum Teil totgeboren, zum Teil kurze Zeit nach der Entbindung gestorben.)

43. Snoo, de, Drillingsgeburt mit einem Acephalus und Placenta praevia. Nederl. Gyn. Ges. Sitzg. vom 5. April. (Holländ.) (Macerierter Knabe, lebendes Kind und Acephalus. Die gemeinsame Plazenta hatte zwei Chorions.)

44. Sobotta, Eineiige Zwillinge und Doppelmissbildungen des Menschen im Lichte neuerer Forschungsergebnisse der Säugetierembryologie. Stud. z. Pathol. d. Entwickl. Bd. 1. Heft 3. p. 394—427. (Verf. führt die Polyembryonie der Säugetiere auf eine zunächst latent bleibende Isolation der Teilstücke der im vierten Zellenstadium getrennt von den übrigen Blastomeren liegende und bei allen bisher untersuchten Spezies durch ihre Grösse auffallende Embryonalblastomere zurück. In den drei anderen Blastomeren Anlage für das Chorion, den Trophoblast. Doppelmissbildungen bei Säugetieren nicht infolge einer Befruchtung durch zweischwänzige oder zweiköpfige Spermatozoen und auch nicht durch Isolation der beiden ersten Blastomeren.) (Weishaupt.)

45. Strohbach, Thorakopagus. Gyn. Ges. in Dresden. 359. Sitzg. vom 16. Okt. 1913. Zentralbl. f. Gyn. p. 94. (Beide Kinder haben einen gemeinsamen Herzbeutel; ein Herz hat zwei Ventrikel, das andere einen, die in gemeinsamen Vorhof ohne Septum münden. Das eine Kind hat zwei grosse Nieren mit vier Nebennieren und keine Leber, das andere eine Leber mit Gallenblase und keine Niere. Magen und Duodenum getrennt, Blinddarm gemeinsam. Kolon und Rektum wieder getrennt.)

46. Vogel, Die Diagnose der Mehrlingsschwangerschaft unter Berücksichtigung des Röntgenverfahrens. Diss. Jena 1913.

47. Wedenjapinsky, Geburt eines Thoracopagus tetrabrachius tripus. Charkower Med. Journ. Bd. 17. Heft 1. p. 81—83. (Russisch.) (1 Plazenta, 1 Nabelschnur, 2 Köpfe,

2 Hälse, 2 obere Extremitäten, 1 Nabelring, 1 Beckengürtel, 2 gutentwickelte und 1 mangelhaft entwickelte Unterextremität, 1 Herzbeutel mit 2 Herzen, 1 Lunge; die übrigen Organe in der Einzahl.)

48. Wiese, Foetus papyraceus bei Zwillingsschwangerschaft. Med. Klinik. Jahrg. 10. p. 891—892. (Ein Fötus bis zum vierten Monat normal entwickelt, der andere bis zum Ende der Schwangerschaft. Ätiologie der mechanischen Einwirkung unbekannt.)

C. Falsche Lagen.

1. Bar, Wendung bei einem Fall vorliegender Schulter. Journ. des sages femmes. Nr. 7. p. 49—50. (Blase steht, Herztöne schlecht, Wendung, Extraktion, lebendes Kind, Armbruch. Anweisungen für Hebammen betreffs der Indikationen zu Eingriffen.)

2. Brodhead, Selbstentwicklung bei Schulterlage mit Bericht über drei Fälle. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Vol. 69. Nr. 5. p. 820—821. (In ½% der Fälle Schulterlage [nach Edgar]. 8% verlaufen davon spontan, jedoch nur bei kleinen Kindern, weitem Becken und kräftigen Wehen. Ein lebendes Kind wurde nie geboren. Anführung dreier Fälle.)

3. Drejer, Von Querlagen. Norsk. Mag. for Laegevidenskaben. p. 48. (Erfahrungen über 102 Fälle, die Verf. in der Heimat behandelt hat. In Norwegen kommen Querlagen in 0,55% der Geburten vor, auf dem Lande 0,61%, in den Städten 0,45%. Die Häufigkeit ist nicht überall im Lande dieselbe; die Ursache, meint Verf., liegt darin, dass die Hygiene nach der Geburt nicht überall gleich gut ist; vielleicht spielt auch eine verschiedene Häufigkeit enger Becken in dieser Hinsicht eine Rolle. Während das Alter der Frauen auf das Vorkommen der Querlagen keinen Einfluss zeigte, konnten die Pluriparen und besonders die „Multiparen" die meisten Querlagen aufweisen. Die Geburten bei Querlagen schienen öfter als normal frühzeitig einzutreten; Verf. meint, dies ist in den meisten Fällen weder die Ursache noch die Folge der abnormen Lage, sondern dieselben Momente, die eine Querlage bewirken, führen auch zu einer frühen Geburt [enges Becken, Hydramnion, Zwillinge, Placenta praevia). In 34,31% der Fälle fand er enges Becken. Verf. schreibt dem Becken einen kleineren Einfluss zu, als vielmehr dem Verhalten der Gebärmuttermuskulatur und der Bauchwand, die bei den Frauen mit engem Becken schwach sind, vielleicht aus der Ursache, dass die Rachitis auch die Entwicklung der Muskulatur gehemmt hat. Placenta praevia kann zwar allein eine Querlage bewirken, doch spielen auch hier andere Momente mit, es kommen schwache Wehen, schlaffe Bauchwand, Hydramnion gleichzeitig vor. Es waren unter den Kindern Knaben gegen Mädchen im Verhältnis 164 : 100. Zwillingsgeburten waren 16,67%. Seltener vorkommende Befunde sind: Fehlerhafte Gestaltung des Uterus, Geschwülste, Missbildung der Frucht. Im Verlaufe der Geburt hat er oft Wehenschwäche gefunden. Verf. schreibt überhaupt einer mangelhaften Spannung der Bauch- und Gebärmutterwände eine wesentliche Rolle bei den Querlagen zu. Nach dem Abgang des Fruchtwassers wird gewöhnlich der Arm geboren. Verf. behandelt ziemlich ausführlich die Selbstentwicklung [ein Fall]. Die Sterblichkeit der Kinder war 38,8% totgeborene und 8 Kinder, die in den ersten Lebenstagen starben. Doch mussten in mehreren Fällen nicht die Querlage, sondern andere Verhältnisse: Placenta praevia, Prolapsus funiculi, enges Becken als Todesursache angesehen werden.)
(Kr. Brandt.)

4. Fabre et Bourret, Kaiserschnitt wegen Vorfalls der Nabelschnur bei Querlagen und engem Becken. Bull. de la soc., d'obst. et de gyn. de Paris. Jahrg. 3. p. 194—196. (Bei Nabelschnurvorfall, wenn die Nabelschnur nicht gedrückt werden kann [Querlage, Vorfall kleiner Teile], ist die Sectio caesarea eventuell indiziert.)

5. Fabre et Rhenter, Primäre Gesichtslage. Bull. de la soc., d'obst. et de gyn. de Paris. Jahrg. 3. p. 49—52. Zentralbl. f. d. ges. Geb. u. Gyn. Bd. 5. p. 71. (40 Tage vor der Entbindung wurde eine Flexionshaltung der Frucht bei beweglichem Kopfe festgestellt; 14 Tage später eine Gesichtslage. Die Gesichtslage soll aus einer Stirnlage entstanden sein.)

6. Fieux, Über das Herunterholen des Fusses bei Steissfusslage. Rev. prat. d'obst. et de péd. Jahrg. 26. p. 353—370. 1913. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 4. p. 353. (Zusammenstellung von 92 Erstgebärenden mit unvollkommener Steisslage; 83 = 90% haben spontan entbunden. Dieses Resultat spricht gegen das prophylak-

tische Herunterholen der Füsse. Die Extraktion darf nicht gleich angeschlossen werden.)

7. Florence, Über die Häufigkeit der Schultervorlage, Indikationen der Wendung und der Embryotomie. Geb. Mitteil. a. d. Kolonien. Bull. de la soc. d'obst. et de gyn. de Paris. Jahrg. 3. p. 375—380. (In den Kolonien wird immer dann die Wendung ausgeführt, wenn man mit der Hand eingehen kann; wenn dies nicht möglich ist, die Embryotomie. Nur bei schwer infizierten Fällen von Querlagen die Embryotomie mit Museuxscheren ohne Dekapitation.)

8. Gardlund, Entbindung, bei der die Schulterbreite das Gebären des Kindskörpers nicht zulässt. Allm. Svenska Laekartidn. Bd. 11. Nr. 19. p. 417—420. (Schwedisch.) (Der Kopf in Gesichtslage wurde leicht durch Forzeps extrahiert. Körper folgte den kräftigen Traktionen nicht, schliesslich Bruch der Wirbelsäule, Arm wurde heruntergeholt, Geburt erfolgt nun fast spontan. Aszites von ca. 100 g. Gewicht des Kindes: 4800 g.

9. Gutiérrez, Julian, Unvollständige Steisslage. Gac. med. del Sur de Espana. Bd. 31. Nr. 25. p. 586—589. 1913. (Spanisch.) (Kasuistische Mitteilungen.)

10. Henne, Zur Reposition der vorgefallenen Nabelschnur. Zentralbl. f. Gyn. Jahrg. 37. p. 1853—1854. 1913. (Zur Reposition der Nabelschnur Zurückschieben derselben auf einem zusammengeknüllten Tuch, das in der Eihöhle liegen bleibt und mit der Nachgeburt ausgestossen wird.

11. Hoehne, Über die Leistungsfähigkeit der äusseren Untersuchung während der Geburt. Zentralbl. f. Gyn. p. 509—514. (Verf. betont von neuem die Wichtigkeit der äusseren Untersuchung während der Geburt. Dass diese oft allein genügt, um etwa über die Ursache des Geburtenstillstandes die richtige Diagnose zu stellen, belegt er durch zwei Fälle von Querlage, eine extrem verschleppte und eine auf Verhaltung des quer gelagerten toten Kindes infolge eines Krampfes des Os internum beruhende. Das Fehlen eines fühlbaren Kontraktionsringes veranlasste ihn zu der letzten Annahme.)

12. Johansson, Ruth, Beitrag zur Lehre des Nabelschnurvorfalles. Arch. mens. d'obst. et de gyn. Jahrg. 2. p. 475—493. 1913. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 4. p. 279. (Beobachtung von 36 verschiedenen Fällen. Bei 18 war die Nabelschnur länger als 67 cm, bei 33 länger als 50 cm. Kindermortalität 26,6%. Die expektative Therapie hält Verf. für gefährlicher als jede andere Behandlung. Innere Wendung besser als Repositionsversuche.)

13. Marchand, Über die Ätiologie der Steisslage. Rev. prat. d'obst. et de péd. Jahrg. 27. Nr. 298. p. 65—78. (Verf. unterscheidet echte und zufällige Steisslagen; erstere sind das Resultat einer anormalen Anpassung [kindlicher Schädel pathologisch — Hydrocephalus — oder im Verhältnis zum Becken zu gross, oder unteres Uterinsegment zu sehr entwickelt]. Ursache der zweiten Art: Kleinheit des Kindes, viel Fruchtwasser, Erschlaffung der Uterus-Bauchwandungen, Zwillinge. Hier fehlt jede Anpassung. Endresultat vom Zufall abhängig. Wichtiges ätiologisches Moment ist die tiefe Insertion der Plazenta [in Übereinstimmung mit Wallich]. Statistik derartiger Fälle. Verf. schlägt vor, gegen Ende der Gravidität bei Verdacht auf tiefe Plazentarinsertion die Lage durch äussere Handgriffe umzuwandeln. Bei vollständiger Steisslage sei die künstliche Umwandlung mit nachheriger Fixierung der Lage durch Bandage immer möglich.)

14. Maier, Über den Geburtsmechanismus bei durch traumatischen Pfannenbruch und zentrale Luxation des Oberschenkelkopfes verengtem Becken. Zentralbl. f. Gyn. p. 1345—1351. (Ausführliche Beschreibung. dieses Geburtsmechanismus. Verf. kommt zu dem Schluss, dass alle Kopfstellungen, bei denen das Hinterhaupt am Tumor gelegen ist, als ungünstig angesehen werden müssen. Naturgemäss geht die Geburt am besten so vor sich, wenn sich das schmalere Vorderhaupt in den durch den Tumor verengten Beckenteil einstellt und das Hinterhaupt den gegenüberliegenden Pol bildet. Indessen ist auch bei umgekehrter Einstellung, wie die Erfahrung zeigt, die Geburt möglich.)

15. Morell, 16 Fälle von verschleppter Querlage und ihre Behandlung in der Universitäts-Frauenklinik zu München. Inaug.-Diss. München 1913. (Unter 6617 Geburten 85 Querlagen, davon 16 verschleppte. Verf. beschreibt die verschiedenen Fälle und ihre verschiedene Behandlungsart. Ferner gibt er die für die Behandlung der verschleppten Querlagen in der Döderleinschen Klinik geltenden Prinzipien an; die Operationen

bestehen je nach den vorliegenden Verhältnissen in Dekapitation, Eviszeration, Dissectio foetus und Sectio caesarea.)

16. Nacke, Drei Fälle von hohem Geradstand. Zwei davon in Positio occip. pubica, einen in Positio occip. sacralis. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. LXXIV. Heft 2/3. (Verf. beschreibt drei Fälle. Ätiologie von Fall 1: infolge von Hydramnion liegt Rücken nach vorn, nach Blasensprung wird der Kopf in Geradstand in das Becken gepresst und fixiert. Ätiologie von Fall 2: quer verengtes Becken. Ätiologie von Fall 3: unbekannt.)

17. Oria, Thornscher Handgriff. Bol. di Chirurg. Nr. 47. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 4. p. 120. (Bei Gesichtslage und weitem Becken mit gutem Erfolg angewandt. [Nach Reposition der vorgefallenen Hand und Thornschem Handgriff spontane Geburt in weniger als zwei Minuten.] Für Ungeübte bei Gesichtslage Abwarten oder innere Eingriffe.)

18. Pankow, Über den hohen Geradstand. Niederrhein.-westfäl. Ges. f. Gyn. Monatsschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 397. (Unter 4000 Geburten wurden 16 Fälle beobachtet. Am häufigsten Schädellagen und unter diesen wieder die Positio occip. pubica. Ursache unbekannt. Wahrscheinlich Haltungsanomalie des Kindes. Es gibt zwei Geburtsarten: 1. die, dass der Kopf mit geradeverlaufender Pfeilnaht in und durch das Becken tritt. 2. [häufiger] die, dass eine Drehung der Pfeilnaht in den schrägen oder queren Durchmesser des Beckeneinganges zustande kommt und der Kopf so in das Becken eintritt. Endbild schliesslich das einer gewöhnlichen Hinterhauptslage.)

19. Pawlicki, Spontane Zerreissung der Nabelschnur während der Geburt. Przeglad lekarski. Nr. 12. Zentralbl. f. Gyn. p. 1115. (Forzeps. Ruptur der Nabelschnur durch eine heftige Wehe. Rissenden glatt, wie nach einer Durchschneidung.)

20. Peer, Ein Fall von spontaner Wendung eines Fötus auf den Fuss bei Querlage. Klin.-therap. Wochenschr. Jahrg. 21. p. 414—415. (Querlage, Vorfall der Nabelschnur und der rechten Hand. Wegen tetanischer Uteruskontraktionen Wendung unmöglich; auf dem Transport zur Klinik Geburt eines toten Kindes in Fusslage.)

21. Petersen, L. Severin, Hoher Geradstand des Kindskopfes. Med. Revue. Bergen. p. 408. (Zwei Fälle: 1. 31jährige Ipara. Positio occ. pubica. Nach 150 Stunden Zangenentbindung. Mutter und Kind lebend. Das Becken leicht allgemein verengt, besonders im queren Durchmesser. 2. 26jährige Ipara. Becken normal. Positio occ. sacralis. Nach 72 Stunden Zange wegen Schwächung der Herztöne des Kindes. Mutter und Kind lebend. Im ersten Falle wird die anormale Einstellung wahrscheinlich aus der Verengerung des Beckens zu erklären sein; im zweiten Falle kommt in Betracht, dass die physiologische Lumballordose bei der Frau nur wenig ausgebildet ist, so dass die Wirbelsäule wenig nach vorn ragt. Dass man beim hohen Geradstand nicht selten enges Becken findet, lässt sich vielleicht daraus erklären, dass die Geburt bei sonst normalen Verhältnissen spontan verläuft und die Abnormität nicht entdeckt wird. Dass die Geburt bei der Positio occ. sacralis schwieriger ist, kann darauf beruhen, dass das Kind den Kopf gerade hält, was für die „erste Drehung" hinderlich sein wird. Eine nur kleine Krümmung des Kindsrückens wird wiederum die Entstehung einer Positio sacralis occ. begünstigen.) (Kr. Brandt.)

22. Puppe, Grober Kunstfehler einer Hebamme. Extraktion bei angeblicher Vorderscheitelbeineinstellung mit einer eingeführten Schlinge; Strangmarke am Halse. Tod des Kindes 10 Stunden post partum. Erkrankung der Wöchnerin an schwerer Parametritis. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 253. (Das Wesentliche im Titel enthalten.)

23. Rabaute, Verschleppte Schulterlage und Embryotomie in der Landpraxis. Thèse de Toulouse. 1913. Nr. 55. p. 58.

24. Sachs, Über innere Überdrehung des Rückens infolge Armvorfalls. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 634—637. (Gesichtslage, Kopf gegen Rücken um 180° gedreht. Gesichtslinie entsprach einer zweiten, Rückenlage einer ersten Lage. Arm-, Fuss- und Nabelschnurvorfall. Rücken rotierte dem von vorn nach hinten vorfallenden Arm nach. Kopf blieb stehen, durch die vorgefallene Hand gehemmt.)

25. Sarchi, Über abnorme Kürze und Länge, Umschlingungen, Knoten, Torsionen und Insertion der Nabelschnur. Inaug.-Diss. München 1913. (Ausführliche Statistik eines Materials von 20000 Geburten. Die Bedeutung dieser Komplikation für das Kind ist besonders berücksichtigt worden.)

26. Starkey-Smith, Geburtshindernis durch flektierten aussenrotierten Arm. Brit. Med. Journ. 1913. Dec. 20. Zentralbl. f. Gyn. p. 416. (Durch Drehung, so dass

der nach aussen rotierte Arm, dessen Hand sich gegen die Beckenwand stemmte, vor die Brust zu liegen kam, bereitete die Extraktion keine Schwierigkeiten. Vorher waren alle Zangenextraktionen vergeblich gewesen.)

27. Trey, de R., L'extraction du siège d'après Deventer-Mueller. Ann. de gyn. et d'obst. p. 146—159. (Hauptvorzug dieses Verfahrens ist, dass ein innerer Eingriff nicht nötig ist. Es ist nur darauf zu achten, dass die Schulternbreite durch den grössten Beckendurchmesser tritt. Das Verfahren gelingt bei 93,2% der Fälle. Misslingen nur bei fehlerhafter Armhaltung und hochgradiger Rigidität der Weichteile. Temperaturerhöhungen sehr selten.)

28. Unger, Kombinierter Handgriff zur Extraktion des nachfolgenden Kopfes bei Beckenendlage resp. Querlage. Pester med.-chir. Presse. Jahrg. 50. p. 119—120. (Wenn Kopf weder durch Druck noch durch Zug herausbefördert werden kann, folgender Handgriff: Zeigefinger der linken Hand in den Mund geschoben und mit diesem der Unterkiefer herabgedrückt. Rechte Hand wird dem Rücken und Kopf des Kindes entlang in das Cavum uteri vorgeschoben und ein leichter Druck und Zug auf den Schädel ausgeübt. Durch diesen Druck und Zug beider Hände gelingt die Herausbeförderung.)

29. Voron, Plötzliche Selbstwendung am Ende der Geburt bei Schulterlage. Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn. de Paris. Jahrg. 3. p. 46—49. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 5. p. 72—73. (Aus dorsoanteriorer erster Querlage unmittelbar beim Blasensprung ganz plötzlich Selbstwendung auf die Füsse. Ätiologie: Zusammentreffen des Blasensprungs mit energischer Uteruskontraktion, weiter Geburtsweg [Mehrgebärende], relative Kleinheit des Kindes.)

30. Wortsmann, Über den Vorfall mehrerer Extremitäten bei Schädellage. Diss. Bern 1913.

D. Sonstige Störungen.

1. Aschheim, Missbildung infolge amniotischer Stränge. Münchn. med. Wochenschr. Jahrg. 61. Nr. 27. p. 1402. (Demonstration.)

2. Blair, Behandlung eines Falles von Geburtsverletzung des Oberschenkelschaftes. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 18. Nr. 3. Zentralbl. f. Gyn. p. 1215. (Beschreibung einer nach einem Pappemodell angefertigten Stahlschiene.)

3. Bloch, Kritische Betrachtungen zu dem Geburtenrückgang in Deutschland und den zu seiner Bekämpfung vorgeschlagenen Mitteln. Inaug.-Diss. Strassburg 1913. (Verf. sieht den Geburtenrückgang als etwas von der Psyche des Menschen Beabsichtigtes an; es ist ein durch den geistigen Fortschritt bedingter Vorgang. Verf. führt neben den Anschauungen verschiedener Autoren besonders die Vorschläge Bornträgers zur Bekämpfung des Geburtenrückganges an. Dieser empfiehlt vor allem Vergünstigungen in jeder Beziehung für Familienväter zu ungunsten der Ehelosen resp. Kinderlosen.)

4. Broca, Mastitiden bei Neugeborenen. Rev. prat. d'obst. et de péd. Jahrg. 27. Nr. 296. p. 1—4. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 4. p. 511. (Ätiologie: fast immer falsche und unsaubere Behandlung des in den ersten Tagen sezernierenden Organes. Phlegmone bilden sich sehr selten aus; diese können tödlich verlaufen.)

5. Cannata, Zusammenhang zwischen chronischem Hydrocephalus mit kongenitaler Syphilis. Pediatr. Naples. Oct. 22. Nr. 10. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Nov. 21. (Bei 10 von 19 Kindern mit chronischem Hydrocephalus erhielt Verf. eine positive Wassermannreaktion; bei den betreffenden Eltern war die Probe bei den Müttern 16mal und bei den 10 Vätern viermal positiv. In drei weiteren Fällen waren die Eltern unzweifelhaft luetisch infiziert. Dieser Befund rät zu sofortiger Behandlung der Syphilis in jedem Falle von chronischem Hydrocephalus.)

6. Credé-Hörner, Warum konnte die Blennorrhoe nicht abnehmen? Zentralbl. f. Gyn. p. 116—118. (Verf. weist auf die Notwendigkeit hin, neue Vorbeugungsmassregeln zur Bekämpfung der Blennorrhoe in die Wege zu leiten. Die Gynäkologen seien sozusagen auf den Lorbeeren eingeschlafen, die in den Kliniken gesammelt worden seien.)

7. Dahlmann, Zur Kenntnis der Fazialislähmungen bei Spontangeburten. Charité-Ann. Jahrg. 37. p. 377—380. 1913. (Die Lähmungen fallen in die Entwicklungszeit

oder intra partum; letztere sind zentral oder peripheren Ursprungs. Anführung der verschiedenen Symptome. Ätiologie: meist Missverhältnis zwischen Kopf und Becken.)

8. Dufour, Henri, und J. Thiers, Übertragung des Kochschen Bazillus von der Mutter auf das Kind. Gyn. 1913. Juillet. Zentralbl. f. Gyn. p. 853. (Mutter starb an Tuberkulose. Fötus hat aufgetriebenen Leib. Das mit diesem Aszites geimpfte Meerschweinchen erkrankt an Tuberkulose. Bazillen werden nachgewiesen, in der Plazenta hingegen nicht.)

9. Fry, Demonstration des Kinder-Pulmotor, nebst Bemerkungen über seine Verwendung bei der Asphyxia neonatorum. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 17. Nr. 3. Zentralb. f. Gyn. p. 294. (Zur Wiederbelebung asphyktischer Neugeborener empfiehlt Verf. den Drägerschen Pulmotor sehr. Zunge wird hervorgezogen, die Maske über Nase und Mund gelegt und durch abwechselnde Hebestellung die Ein- und Ausatmung in Gang gebracht.)

10. Fuchs, Zur Wiederbelebung Neugeborener mittelst des Werthschen Schnupftuchmanövers. Nordostdeutsche Ges. f. Gyn. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. p. 567—569. (1. Akt: Man bringt die im Knie gebeugten Unterschenkel des asphyktischen Kindes mit der rechten Hand unter starker Kompression des Bauches und des Thorax gegen die linke Wange und wischt dann mit den Knien quer über Mund und Nase hinweg (nach Art des Schnäuzens mit dem Schnupftuch). Die linke Hand hält den Kopf. (Exspiration.) 2. Akt: Zurückbringen des Kindskörpers in die Horizontallage (Inspiration). Das Verfahren leistet Gutes. Sachs widerrät aber mit vollem Recht, dasselbe vor den Schultzeschen Schwingungen anzuwenden. Die Trachea muss mit Katheter auf alle Fälle leer gesogen sein! Das Abwischen der Nase soll den herausgepressten Schleim oder Mekonium mechanisch auspressen.)

11. Gårdlund, W., Geburt, wo die Schulterbreite die Austreibung des Kindeskörpers verhinderte. Verhandl. d. obst.-gyn. Sekt. d. Ges. schwed. Ärzte. Hygiea. (Der hintere Arm wurde heruntergeholt und danach der vordere, wonach das Kind beinahe spontan geboren wurde.) (Silas Lindqvist.)

12. Green, Intrakranielle Blutungen bei Neugeborenen. Journ. of Amer. Med. Assoc. May 16. p. 1583. (Beobachtung an sieben Fällen. Verf. führt die intrakraniellen Blutungen entweder auf Traumen [operative Entbindung] zurück oder bringt sie in Verbindung mit „Hemorrhagica neonatorum". Therapie: Lumbalpunktion [bei infratentorialer Blutung] oder Kranialpunktion. Bleiben diese Methoden ohne Erfolg, so ist die Kraniotomie angezeigt. Die meisten intrakraniellen Blutungen hält Verf. für subdural; selten seien sie intraventrikulär. Prognose ernst.)

13. Hannes, Demonstration einer durch Gewalteinwirkung auf die Mutter entstandenen Leberruptur beim Kind. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 31. p. 1487. (Stoss der Mutter in die Unterleibsgegend hat diese Verletzung beim Kinde hervorgerufen. Der Geburtsakt wird die entstandene Blutung erneuert und verstärkt haben, so dass das Kind moribund geboren wurde. Die Schultzeschen Schwingungen können diese Substanzzertrümmerung nicht hervorgerufen haben. Wegen gerichtsärztlicher Betrachtung des Falles von Wichtigkeit.)

14. Hauch, Angioma placentae. Demonstration. Ges. f. Gyn. u. Obst. Kopenhagen. 12. Nov. 1913. Ref. Ugeskr. f. Laeger. p. 1875. (O. Horn.)

15. Jung, Der Übergang von Arzneimitteln von der Mutter auf den Fötus. Therap. Monatshefte. Febr. (Medikamente, die die Mutter aufnimmt, findet man im Fötus wieder in derselben Form, nur in geringeren Mengen. Auf diese Weise kann der Fötus geschädigt und getötet werden. Narkotika: Morphium und Chloralhydrat, die zum Teil bei Eklampsie während der Entbindung gegeben werden; ebenso die Skopolamin-Morphium-Narkose. Ob die Lumbalanästhesie den Fötus schädigt, ist noch nicht sicher nachgewiesen. Quecksilber [Schmierkur bei Lues], Jodkali gehen auf das Kind über; ebenso Toxine [Diphtherie]. Bei Antitoxinen, ferner Sublimat, Arsen [Salvarsan] u. a. unsicher.

16. Kaufmann, Demonstrationen: Melaena neonatorum. Gyn. Ges. in Breslau. Sitzg. vom 16. Dez. 1913. Z. f. Gyn. p. 374. (Kaufmann demonstriert einen derartigen Fall, der am vierten Tage post partum durch Gelatineinjektion geheilt wurde. Diskussion: Küster beschreibt einen Fall von typischem Ulcus rotundum des Duodenum. Zur Therapie bemerkt er, dass mit Diphtherieheilserum, Pferdeserum, Menschenserum, mit defibriniertem Blut und Transfusionen viele Erfolge erzielt wurden.)

17. Kober, Über die Beziehungen von Gewicht und Länge der Neugeborenen zur Dauer der Schwangerschaft. Diss. Tübingen 1913.
18. Kowitz, Intrakranielle Blutungen und Pachymeningitis haemorrhagica chronica interna bei Neugeborenen und Säuglingen. Virchows Arch. Bd. 215. Heft 2. Inaug.-Diss. Kiel. (Frische derartige Blutungen und ihre Reste häufig. Bei 3,9% aller Fälle entwickelte sich eine hämorrhagische Pachymeningitis daraus, die zum Tode noch während des Kindesalters führte oder die Widerstandskraft gegen Erkrankungen herabsetzte.)
19. Lejbowitsch, Die Häufigkeit und geburtshilfliche Bedeutung der Riesenkinder. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. Heft 2. p. 162—167. (Verf. schlägt vor, Kinder von 4400 g als abnorm grosse und erst solche von 5000 g an als Riesenkinder zu bezeichnen; diese sind besonders häufig bei hohem Alter, kräftiger Konstitution und gutem Ernährungszustand der Mütter. Bedeutender Knabenüberschuss. 15% Totgeburten; alle Kinder wurden mit Kunsthilfe geboren. Die Mütter waren sämtlich Mehrgebärende.)
20. Luftmann, Ein Fall von Erbscher Schulterarmlähmung bei Neugeborenen. Inaug.-Diss. München 1913. (Ätiologie der Entbindungslähmung: hauptsächlich artifizielle Geburtstraumen [Zangen, Extraktionen, Armlösungen]. Prognose im allgemeinen gut. Therapie: Symptomatische Lokalbehandlung mit Elektro- und Bewegungstherapie, gelegentlich orthopädische Methoden. Verf. unterscheidet die Duchenne-Erbsche [obere Plexus-]Lähmung und die Klumpkesche [untere Plexus-]Lähmung. Die erstere ist viel häufiger, entsteht durch Läsionen des 5. und 6. Cervikalnerven. Folge: umfangreiche Armlähmung; Finger- und Armbewegung erhalten. Läsionen des 7. und 8. Cervikalnerven und des Thorakalnerven bewirken die Klumpkesche Lähmung.)
21. Mc Govan, Blutung bei Neugeborenen. Austral. Med. Journ. Vol. 2. Nr. 128. p. 1357. 1913. Zentralbl. f. d. ges. Geb. u. Gyn. Bd. 4. p. 511. (Drei Fälle von Blutungen in die Haut und das Unterhautzellgewebe. Bei zwei Kindern rascher Exitus. Ätiologie unbekannt.)
22. Meyer, Leopold, Saedestillingens Œtiologi. (Die Ätiologie der Beckenendlage.) Ges. f. Gyn. u. Obst. Kopenhagen. 3. Dez. 1913. Ref. Ugeskr. f. Laeger. p. 1880. (Demonstration eines in Beckenendlage spontan geborenen Kindes mit abnorm stark entwickelter Nackenpartie.) (O. Horn.)
23. Michaelis, Austritt eines Ovarialkystoms aus dem After während der Geburt. Zentralbl. f. Gyn. p. 154. (Verf. beschreibt eine sehr schwierige Geburt, bei welcher vergeblich mehrere Zangen- und Perforationsversuche gemacht wurden. Bei dem letzten Zangenversuch trat ein zystischer, gestielter Tumor aus dem After heraus. Nun liess sich der Kopf leicht entwickeln. Es handelte sich um ein mehrkammeriges Ovarialkystom, das durch Druck des Kopfes oder Zangenextraktionen gegen das Rektum gedrängt wurde, so dass dieses aufplatzte. Laparotomie. Exitus am achten Tag.)
24. Morax, A propos du traitement de l'ophtalmie gonococcique du nouveau né. Ann. de gyn. et d'obst. Tome XI. p. 129. Zentralbl. f. Gyn. p. 1215. (Verf. empfiehlt neben den Vakzinen von Nicolle und Blaigot Argentum nitricum und Argyrol anzuwenden.)
25. Morimoto, Über einen Fall von Melaena neonatorum infolge Volvulus des Blinddarms. Inaug.-Diss. München 1913. (Wahrscheinlich infolge einer Achsendrehung der Radix mesenterii um 360° Melaena hervorgerufen. Exitus.)
26. Nürnberger, Volvulus als Ursache von Melaena neonatorum. Zentralbl. p. 295. Samml. klin. Vortr. Gyn. Nr. 251. (Verf. führt den dritten, bekannt gewordenen Fall von Volvulus als Ursache obiger Krankheit an nach Schilderung der Pathogenese und des Krankheitsverlaufes der Melaena. Es müsse immer darauf geachtet werden, ob es sich um verschlucktes Blut fremder Abstammung einerseits oder symptomatische oder idiopathische Blutung andererseits handelt. Verf. empfiehlt die bakteriologische Blutuntersuchung und Röntgenuntersuchungen. Behandlung rein symptomatisch.)
27. Peltessohn, Über Verletzungen des oberen Humerusendes bei Geburtslähmungen. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 25. p. 1162. (Bei den sogenannten falschen Geburtslähmungen, d. h. den Fällen, wo eine Muskellähmung nicht bestand oder schnell zurückgegangen ist, sind nach des Verfassers Untersuchungen in der weitaus grössten Anzahl der Fälle Epiphysenlösungen am Humerus beteiligt. Diese Behauptung wird

durch Röntgenbilder erhärtet [Momentaufnahmen]. Verf. stellt dann die Forderung, alle Entbindungslähmungen, echte und falsche, sofort zu röntgen und röntgenologisch zu verfolgen.)

28. Plauchu, Retention des abgerissenen Kopfes im Uterus. Lyon méd. 1913. Nr. 39. Zentralbl. f. Gyn. p. 416. (Verf. beschreibt u. a. einen Fall, bei dem er die totale Hysterektomie machen musste, da sich der Kopf durchaus nicht extrahieren liess.)

29. Reinhardt, Über Pemphigus neonatorum contagiosus. Gyn. Ges. zu Dresden. 362. Sitzg. vom 15. Jan. Zentralbl. f. Gyn. p. 940—942. (Verf. berichtet über eine Epidemie von obiger Krankheit. 22% der Kinder gingen an Sepsis zugrunde. Im Inhalt der Pemphyigusblasen wurden Staphylokokken, gelegentlich auch Streptokokken gefunden. Verf. hält dies für Sekundärinfektion. Ferner wurden konstant kleinste azidophile Körnchenhaufen gefunden. Therapie: Trockenbehandlung.)

30. v. Reuss, Demonstration eines bitemporalen Kephalhämatoms. Wiener med. Wochenschr. p. 2512.

31. Robertson, Andauernde kindliche Asphyxie. Eröffnung des Schädels mit vorübergehendem Erfolg. Brit. Med. Journ. May 9. p. 1016. (Ein in tiefer Asphyxie geborenes Kind wird trotz 1½ stündiger künstlicher Atmungsversuche nicht zu spontaner Atmung gebracht. Schliesslich öffnet Verf. den Kopf am rechten Scheitelbein. Darauf atmet das Kind nur drei- bis viermal in der Minute. Künstliche Atmung wird weiter über eine Stunde fortgesetzt, aber vergeblich. Sechs Stunden nach Eröffnung des Kopfes stirbt das Kind. Diese Methode empfiehlt Verf. als letzten Versuch in derartigen Fällen.)

32. Rudeaux und Le Lorier, Die Rolle der Syphilis in der Genese der Missbildungen. Clin. Paris. Jahrg. 8. Nr. 47. p. 741—744. 1913. (In ca. 14% der Fälle sind die Missbildungen durch Lues bedingt; besonders solche des Zentralnervensystems [Hydrocephalus, Spina bifida]. Prophylaxe: spezifische präkonzeptionelle Behandlung beider Eltern.)

33. Sakaki, Über die Behandlung des Scheintodes der Neugeborenen. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 14. (Die Kinder werden mit am Thorax flektierten Armen bis zu 150 mal in der Minute geschüttelt. Auf diese Weise sollen aspirierte Massen aus den feinsten Ästchen besser nach aussen befördert werden als durch die Schultzeschen Schwingungen.)

34. Shappius, Beitrag zur Lebensfähigkeit Neugeborener. Revue méd. de la Suisse romande. Nr. 1. Zentralbl. f. Gyn. p. 646. (Verf. erzählt von einem nur etwas mehr als fünf Monate alten Neugeborenen, das nach der Geburt noch 17 Stunden gelebt hat.)

35. Smith, Über die intrauterine Fraktur. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 17. Nr. 3. Zentralbl. f. Gyn. p. 294. (Intrauterin entstandene Unterschenkelfraktur, bei der Geburt mit Deformität geheilt, wahrscheinlich durch Sturz der Mutter zwei Monate vor der Entbindung verursacht. 43 analoge Fälle aus der Literatur werden angeführt.)

36. Sussmann, Ein Beitrag zur Kenntnis der Einschlussblennorrhoe der Neugeborenen. Deutsche med. Wochenschr. 1913. Nr. 32. p. 1545. (Verf. stellt bei einem Material von 72 Fällen von Blennorrhoe und blennorrhoischen Katarrhen Neugeborener fest, dass es sich 24 mal um Einschlusserkrankungen handelte. Klinische Differentialdiagnose von der Gonoblennorrhoe: die Einschlusserkrankung besitzt eine längere Inkubationszeit, ein andersartiges Sekret, Neigung zu Blutungen, schleppenden Verlauf, Verschontbleiben der Hornhaut. Spätinfektionen sind meistens Einschlusserkrankungen.)

37. Tassius, Ophthalmoblennorrhoea neonatorum, ihre Therapie und Prophylaxe. Gyn. Ges. in Breslau. Sitzg. v. 17. Febr. Zentralbl. f. Gyn. p. 874. (Um gonorrhoische von nichtgonorrhoischen Augenkrankheiten sicher zu unterscheiden, bedarf man des Mikroskopes, da makroskopisch grosse Ähnlichkeiten zwischen beiden Gruppen bestehen. Verf. fordert nach Anstellung gründlicher Versuche die obligatorische Einführung der Credéschen Prophylaxe und bespricht die einzelnen Prophylaktika und ihre Reizwirkungen. Diskussion zum Vortrag Tassius: Gyn. Ges. zu Breslau, Sitzg. vom 17. März 1914. Zentralbl. f. Gyn. p. 946 und 947. Asch gibt an, dass in Präparaten, die vom inneren Lidrand gewonnen sind, Gonokokken zu finden sind, auch wenn sie sich in den vorquellenden Eitertropfen nicht nachweisen lassen. Fränkel behandelt die Dakryozystoblennorrhoe, gibt deren Krankheitsbild und Therapie an. Hannes tritt für das Sophol als offizielles Prophylaktikum ein. Baumm: Die als gonokokkennegativ bezeichneten Fälle sind nicht alle als gonokokkenfrei zu bezeichnen.)

38. Truesdall, Über Geburtsfrakturen. New Yok. Obsrt. Soc. Oct. 1913. Gyn. Rundschau. Heft 23/24. p. 720. (Besprechung von 14 Geburtsfrakturen.)
39. Voron and Rey, Ein Fall von Hirnhautblutung bei einem Neugeborenen. Bull. de la soc. d'obst. et de gyn. de Paris. Jahrg. 3. p. 302—305. (Hydrocephalus ohne besondere Vergrösserung des Kopfes; extra- und intrakranielle Hämorrhagie ohne Kommunikation. Hirndruckerscheinungen und Verletzung der Schädelknochen fehlen. Ätiologie: abnorme Brüchigkeit der Gefässwände oder Injekton mit Hypophysenextrakt, die bei der Mutter starke Schmerzen hervorgerufen haben.)
40. Walcher jr., In der Schwangerschaft konfigurierte Schädel bei engem Becken. Zentralbl. f. Gyn. p. 798—799. (Verf. hat beobachtet, dass der Kopf trotz engen Beckens häufig in dasselbe eingetreten war, die Kopfknochen nicht oder nur wenig übereinandergeschoben, der Schädel stark konfiguriert war. Er stellte oft direkt einen Abguss des Beckens dar. Er muss während der Schwangerschaft gewissermassen in das enge Becken eingewachsen sein und so seine Form annehmen. Drucknarbe nicht beobachtet.)
41. Wolffberg, Noviformbehandlung der Blennorrhoea neonatorum. Wochenschr. f. Therap. u. Hyg. des Auges. Jahrg. 17. Nr. 20. p. 163. (Verf. beschreibt einen Fall von Blennorrhoea, den er durch achttägige Behandlung mit 10% Noviformsalbe [dreimal täglich und dreimal nachts] nach gründlicher Reinigung des Bindehautsackes vollständig geheilt hat.)
42. Zeckwer, Zur Ätiologie der Melaena neonatorum. Inaug.-Diss. Leipzig. (Ergebnis der Literaturübersicht. Ferner sechs Fälle von Melaena neonatorum. Ätiologie derselben: dreimal kongenitale Lues, einmal septische hämorrhagische Diathese, zweimal unbekannt.)

VIII.

Pathologie des Wochenbettes.

Referent: Dr. Bracht, Berlin.

A. Puerperale Wundinfektion.

I. Ätiologie, Pathologie.

1. *Bäumer, Zur Differenzierung der Prognose des Puerperalfiebers. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 14. p. 505.
2. Becher, Fritz, Die Sepsisfälle nach Abort und reifer Geburt. Diss. Jena 1913.
3. *Benthin, W., Die Hämolyse der Streptokokken eine Schwangerschaftsreaktion? Zentralbl. f. Gyn. p. 865.
4. *Bingold, K., Das klinische Bild der Puerperalinfektionen durch Bacillus phlegmones emphysematosae. Beitr. z. Klin. d. Infektionskrankh. u. z. Immunitätsforsch. Bd. 3. Heft 1 u. 2. Ref. Zentralbl. p. 1509.
5. Brown, E. M., Puerperal thrombophlebitis. Transaction of the section on Gyn. and Obst. of the Med. Soc. of the State of New York. April 28. The Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. August. p. 232.
6. Bublitschenko, L., Über Sepsis puerperalis staphylococcica. Journ. f. Geb. u. Gyn. p. 45. (Russisch.)
7. Bucher, Anna, Zur Frage der endogenen Infektion im Wochenbett. Diss. Basel.
8. — Zur Frage der endogenen Infektion im Wochenbett. Schweiz. Rundschau f. Med. Nr. 9.

9. Bullard, A., Occlusio cervicis und teilweise Obliteration der Uterushöhle im Anschluss an Sepsis. Med. Record. Bd. 84. Nr. 15. 1913.
10. *Cumston, Charles Greene, The pathogenesis and differential diagnosis of perirenal abscess complicating the post partum period. The Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. August. p. 182.
11. Daniel, L'infection puerpérale. Paris. Verlag Maloine.
12. — Konstantin, L'infection puerpérale. Verlag A. Maloine, Paris. Ref. Wiener klin. Wochenschr. p. 1350.
13. Davis, Edward P., Infection with the bacillus coli communis, complicating pregnancy, labour, and the puerperal state; its medical and surgical treatment. Transact. of the Sect. of Gyn. and Obst. of the Med. Soc. of the State of New York. April 28—30 The Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. August. p. 222.
14. *Dingmann, John, H. Puerperale Infektion. Albany Med. Annals. Vol. 34. Nr. 4. 1913. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 249.
15. *Dirks, M., Mareschke und Kriebel, Gasphlegmone nach kriminellem Abort. Gyn. Ges. zu Berlin. 20. Mai.
16. *Dougal, Ein tödlich geendeter Fall von Puerperalinfektion mit dem Gasbazillus. Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Nr. 1.
17. — Daniel, A fatal case of puerperal infection with the Bacillus aerogenes capsulatus. Journ. of Obst. and Gyn. Jan. p. 35.
18. Fejes, L., Über Kolisepsis. Brauers Beitr. z. Klinik d. Infektionskrankh. u. z. Immunitätsforsch. 1913. Bd. 1. Heft 3.
19. Fidler, Gersch., Kasuistischer Beitrag zur Klinik der puerperalen Pyämie.
20. Gasarianz, Ter. Samson, Die Thrombophlebitiden auf der Wochenbettstation. Diss. Basel.
21. Geilenkirchen, F., Die Entwicklung der Frage der puerperalen Autoinfektion. Diss. Bonn 1913.
22. Glinn, Mc., The prevalence of puerperal sepsis in gynaecological wards of Philadelphia Hospitals. Amer. Journ. of Obst. Nr. 5.
23. Goldstrom, Margarete, Über die prognostische Bedeutung des Nachweises von Streptokokken im Vaginalsekret Kreissender. Diss. Giessen 1913. Verlag Union. Stuttgart.
24. Halle, Puerperale Sepsis. Zwickauer med. Ges. 5. Mai. Deutsche med. Wochenschr. p. 1822.
25. *Hamm, A., Resorptionsfieber oder Retentionsfieber. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 38. p. 1961.
26. Hecker, Hans v., Beitrag zur Bewertung der bakteriologischen Scheidensekret- und Blutuntersuchung für die Diagnose und Prognose der puerperalen Infektion. Diss. Strassburg.
27. Henkel, Ein Beitrag zur Lehre vom Puerperalfieber und zur Behandlung des fieberhaften Abortes. Virchows Arch. Bd. 216. Heft 3.
28. Hirsch, Joseph, Praktische Ergebnisse der Geburtshilfe. Therap. Monatshefte. Sept.
29. Hoehne, Zur Frage des fieberhaften Abortes. Jahresk. f. ärztl. Fortbild. Juli. p. 18.
30. Huggins, R. R., Diagnosis and treatment of puerperal insanity. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. LXIX. Nr. 434. Febr.
31. Hüssy, Über die Passage von Streptokokken durch das Blutserum fiebernder Wöchnerinnen. Gyn. Helvet. Frühlingsausgabe.
32. Ingolf, Utm., Wochenbettfieber und Todesfälle im Wochenbett. Med. Revue. Bergen 1913. p. 439. (Die Unabhängigkeit der Morbiditätsziffer im Wochenbett von der Zahl der geburtshilflichen Eingriffe beweist Ingolf an der Statistik Bergens mit einer hohen Operationsziffer gegenüber dem norwegischen Lande.)
33. *Jeannin et Levant, Contribution à l'étude de la valeur pronostique de la récherche des hémoconies dans les ictères de la puerpéralité. Arch. mens. d'obst. et de gyn. Nr. 4.
34. — — Hemoconies in icterus of puerperal state. Revue de gyn. et de chir. abd. Avril. Ref. The Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr.
35. Kaz, Boris, Ein Beitrag zur Lehre von der Metritis dissecans. Diss. Kiel.
36. Keim, Puerperale Infektion mit spätem Beginn. Revue mens. de gyn., d'obst. et de péd. Mai.
37. — Infection puerpérale à début tardif. Soc. de méd. de Paris. 25 Avril.

38. Kohl, Ludwig, Zur Frage der puerperalen Morbidität und Mortalität. Diss. Freiburg.
39. Kraus, E., Besprechung eines Falles von Pyämie nach einem Abortus. Wissensch. Ges. deutscher Ärzte in Böhmen. Bericht Münchn. med. Wochenschr. p. 1576.
40. Lohmeyer, Georg, Über das Verhalten der proteolytischen Fermente der Leukozyten bei Gravidität, puerperalen Erkrankungen und Tumoren der weiblichen Geschlechtsorgane. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 76. Heft 2. p. 528. (Lohmeyer findet die proteolytische Kraft des Leukozytenfermentes wie bei allen Fiebern, so auch beim Puerperalfieber erhöht.)
41. *Löhninger, Kl., Angina und Sepsis. Inaug.-Diss. München 1913.
42. *Manu af Heurlin, Bakteriologische Untersuchungen der Genitalsekrete der nichtschwangeren und nichtpuerperalen Frau vom Kindes- bis ins Greisenalter, unter physiologischen und gynäkologisch-pathologischen Verhältnissen. Verlag S. Karger, Berlin.
43. — Bakteriologische Untersuchungen des Keimgehaltes im Genitalkanale der fiebernden Wöchnerinnen, mit Berücksichtigung der Gesamtmorbidität im Laufe eines Jahres. Verlag S. Karger, Berlin.
44. Marvel, Emery, Puerperale Infektion durch gasbildende Bakterien. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Jan.
45. Mc Glinn, A., The prevalence of puerperal sepsis in gynaecological wards of Philadelphia Hospitals. The Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. May. p. 783. (Statistisches.)
46. Müller, Emil, Ein Beitrag zur Frage der Peritonitis im Wochenbett. Diss. Würzburg. August.
47. *Pässler, Beitrag zur Sepsisfrage. Deutscher Kongr. f. inn. Med. Wiesbaden, April. Ref. Wiener med. Wochenschr. p. 2128.
48. Patel, M., Annexite lombaire d'origine puerpérale. Révue mens. de gyn., d'obst. et de péd. Oct. 1913.
49. Paul, Lumbal Adnexitis puerperalen Ursprungs. Revue mens. de gyn., d'obst et de péd. Oct. 1913.
50. *Pierrat, Louis, Rheumatisme articulaire et endocardite d'origine puerpérale; curettage utérine; guérison. Revue mens. de gyn., d'obst. et de péd. Mars. p. 177.
51. Plauchu, Mort rapide au cours d'une phlébite. Réunion obst. et gyn. de Lyon. 1 Mai. Ref. Bull. de la soc., d'obst. et de gyn. de Paris. Mai. p. 475.
52. — Les Péritonites puerpérales généralisées. La Gyn. Nov. 1913. (Nichts Neues.)
53. Prinzing, Eine notwendige Änderung in der Statistik des Kindbettfiebers. Deutsche med. Wochenschr. p. 290.
54. Rauschenberger, Friedrich Wilhelm, Über Metritis dissecans und Uterusabszess. Gyn. Helvetia. Frühlingsausgabe.
55. v. Reding, Ein ungewöhnlicher Fall von ausgedehnter Nekrose des puerperalen Uterus. Gyn. Helvet. Frühlingsausgabe.
56. *Schmidgall, Grete, Bakteriologische Untersuchungen über die Scheidenflora neugeborener Mädchen. Dissert. Strassburg.
57. — Bakteriologische Untersuchungen über die Scheidenflora neugeborener Mädchen. Beitr. z. Geb. u. Gyn. Bd. 19. II. p. 191.
58. *Schottmüller, H., und W. Barfurth, Zur Ätiologie der eitrigen Adnexerkrankungen. Beitr. z. Klinik d. Infektionskrankh. u. z. Immunitätsforsch. Bd. 2. Heft 1. Ref. Monatsschr. Juni. p. 849.
59. Schottmüller, Wesen und Behandlung der Sepsis. Deutscher Kongr. f. inn. Med. Wiesbaden. April. Ref. Wiener med. Wochenschr. p. 2127.
60. Schüler, W., Zum Krankheitsbild der puerperalen Infektion mit dem E. Fraenkelschen Gasbazillus. Münchn. med. Wochenschr. p. 2304.
61. *Seligmann, S., Zur Ätiologie der endogenen Puerperalinfektionen. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 75. Heft 3. p. 548.
62. Sella, Contributo allo studio delle localizzationi genitali dai microorganismi nelle setticemie sperimentali. Annali di Ost. e Gin. I. Sem. p. 329.
63. Shoemaker, George Erety, Eine Kalkschale in der Vena iliaca externa, 20 Jahre nach puerperaler Phlebitis. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. June.
64. Simson, H. J. F., und J. M. Bernstein, Puerperale Koliinfektion und Infektionsmöglichkeit in der Schwangerschaft. Brit. Med. Journ. 4. April.

65. Snoo, de, Bijdrage tot de kennis der Ätiologie en Prophylaxis der puerperale Thrombose. Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. 1912. I. Nr. 21. Ref. Gyn. Rundschau. p. 577.
66. *Spiegel, Robert, Zur Kenntnis des Tetanus puerperalis. Arch. f. Gyn. Bd. 103. Heft 2. p. 367.
67. Ssolowjew, Th. A., Kolibakteriämie im Puerperium. Journ. f. Geb. u. Gyn. p. 241. (Russisch.) (Abrasio, Exitus.)
68. Vanverts, Phlébite puerpérale. Ligature de la veine iliaque externe. Réunion obst. et gyn. de Lille. 27 Déc. 1913.
69. Vernier, P., et G. Thiry, Fièvre puerpérale à Vibrion septique. Soc., obst. et de gyn. de Nancy. Mars. Ref. Bull. de la soc., d'obst. et de gyn. de Paris. Avril. p. 367.
70. — — Un cas de fièvre puerpérale à vibrion septique. Réunion obst. et gyn. de Nancy. 18 Mars.
71. Voron, Un cas de pyélonéphrite colibacillaire à gauche dans les suites de couches. Réunion obst et gyn. de Lyon. 1 Mai.
72. *Werner, P., und J. v. Zubrzycki, Bericht über bakteriologische Untersuchungen bei 200 Fällen von Fieber nach der Geburt. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 75. Heft 3. p. 519.
73. Waegeli, Beitrag zum Studium der Bakterien beim septischen Abort. Gyn. Helvet. Frühlingsausgabe.
74. Zatzkin, Über die Bedeutung der hämolytischen Streptokokken im Wochenbett. Journ. f. Geb. 1913. März. (Russisch.) Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. p. 101.
75. *Zweifel, Über medikamentöse Scheidenspülung zur Prophylaxe des Puerperalfiebers. Naturwiss.-med. Ges. zu Jena. 26. Febr. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 846.

Resorptionsfieber.

Hamm (25) erklärt die üblichen Vorstellungen von Resorptionsfieber für irrig. Dold hat bereits nachgewiesen, dass zum Zustandekommen einer Endotoxinwirkung die Endotoxine, d. h. die Bakterienleibsubstanzen dem tierischen Organismus einverleibt werden müssen, so dass also der Gedanke einer Resorption von Endotoxinen von totem Gewebsmaterial her uneingeschränkt und endgültig aufzugeben sein dürfte. Hamm schneidet nun die Frage an, wie es sich mit der Resorption der durch fermentativen Abbau der Bakterieneiweisse entstehenden giftigen Zwischenprodukte verhält, nämlich der Bakterien-Anaphylatoxine. Nach Friedberger nämlich wird Anaphylatoxin nicht nur von Parasiten gebildet, sondern ebenso von jedem saprophytär lebenden Keim, sobald er in Kontakt steht mit komplementhaltigen Körpersäften, sowohl in vivo wie auch in vitro. So zum Beispiel gelingt es, ein Anaphylatoxin nachzuweisen, das von Keimen stammt, die in abgetötetem Zustande in den Konjunktivalsack verbracht waren. Am Vorhandensein von reichlichem Anaphylatoxin schon im normalen Wochenfluss wird daher kein Zweifel bestehen können. Es ist nun die Frage zu erörtern, ob und unter welchen Bedingungen solche Anaphylatoxine von dem Genitalschlauch aus zur Resorption zu gelangen vermögen. Um hierüber Aufschluss zu erhalten, diente Hamm folgender Versuch: in die normale, nicht verletzte Scheide des Meerschweinchens wurde wiederholt eine Aufschwemmung von Bakterien verbracht; mehrere Wochen später zeigten die Tiere nach Reinjektion von der Jugularvene aus deutliche anaphylaktische Symptome, die bei den Kontrolltieren völlig fehlten. Hamm nimmt nun an, dass normalerweise die Mengenverhältnisse dieser Resorption minimale sind und somit nicht zur Geltung kommen, den Gesamtorganismus unbeeinflusst lassen. Bei gestörtem Abfluss der Lochien jedoch, bei der Retention des anaphylatoxinhaltigen Wundsekretes liessen sich Vergiftung und Temperatursteigerung zwanglos erklären. Deshalb möchte Hamm den Namen Resorptionsfieber für diesen Zustand durch „Retentionsfieber" ersetzt sehen.

Pässler (47) hält für das Entscheidende bei der Sepsis nicht das Eindringen der Keime in die Blutbahn. Den unglücklichen Ausgang schiebt er vielmehr darauf, dass die Entwicklung immer neuer Keime an Brutstätten er-

folgt, an denen infolge mangelhafter Blutdurchströmung die bakteriziden Kräfte des Blutes nicht wirksam werden können. Aus dem gleichen Grunde erklärt sich auch in solchen Fällen die Unwirksamkeit selbst der direkt in die Blutbahn eingeführten bakteriziden Stoffe, sowie bakterizider Sera.

Bewertung der Scheidenflora.

Werner und Zubrzyki (72) haben die genauen bakteriologischen Befunde von 200 puerperalen Infektionen daraufhin gesichtet, inwieweit sich aus dem Vergleich der im Zervikalsekret gefundenen Keimart und des Blutbefundes mit dem klinischen Bilde gewisse prognostische Regeln aufstellen lassen über Art und Ausgang der Erkrankung. Als Resultat ergab sich, dass der positive Keimbefund im Blute ein etwas häufigerer, die Mortalität eine höhere ist in den 102 Fällen, in denen Streptokokken sich in Reinkultur fanden, gegenüber den 80 Fällen, in denen sie mit anderen Keimen zusammen auftraten, beziehungsweise nur andere Keime gezüchtet wurden. Über den prognostischen Wert der bakteriologischen Untersuchung in Hinsicht auf die Art der Erkrankung lässt sich nur aussagen, dass es keinen Symptomenkomplex gibt, der für eine bestimmte Bakterienart charakteristisch wäre. Weder Schüttelfröste, noch die Temperaturkurve, noch auch irgendwelche im Verlauf der Erkrankung auftretenden Erscheinungen sind für irgend einen Keim pathognomonisch.

Manu af Heurlin (42) unterwarf das Sekret der Scheide vom Kindes- bis zum Greisenalter einer exakten bakteriologischen Prüfung. Die Reaktion des Scheidensekrets ist bis zur Pubertät, sowie dann wiederum im Greisenalter eine leicht alkalische, in der Zwischenzeit, vom Wochenbett abgesehen, sauer. Die Bakterien des Genitalkanals stammen zum Teil von denen des Darmes, zum Teil von denen der äusseren Haut ab. Einen recht geringen Reinheitsgrad der Flora findet der Verfasser bei kleinen Kindern und Greisinnen. Hier beherrschen anaerobe Kokken und Stäbchen das Bild. Einen gewissen Rückschluss gestattet bereits der Ausfall der Lackmusreaktion: bei ausgeprägt saurer Reaktion findet sich zumeist ein hoher Reinheitsgrad der Scheide, d. h. das überwiegende Vorkommen von Vaginalstäbchen. Pathogene Fremdkeime können sich im Genitalkanal nicht halten.

Bei seinen Untersuchungen der Flora des Wochenbettes glaubt er den krankmachenden Streptococcus pyogenes von den übrigen Kettenkokken kulturell unterscheiden zu können; er hält sein Vorkommen und die Infektion durch ihn für selten. Die Mehrzahl der genitalen Temperatursteigerungen seien durch anaerobe Bakterien bedingt.

Schmidgall (56) unterwarf das Scheidensekret von 21 Neugeborenen und 10 Kindern im ersten Lebensjahre einer exakten bakteriologischen Untersuchung. Die am ersten Lebenstage untersuchten Kinder boten, entsprechend früheren Untersuchungen, zumeist einen negativen Befund: Vulva und Scheide waren in 10 von 13 Fällen steril. Innerhalb des zweiten Lebenstages jedoch weichen die Befunde erheblich von den Ergebnissen früherer Arbeiten ab. Von den 21 Neugeborenen trugen 20 Streptokokken in der Scheide, von den 10 Kindern des ersten Lebensjahres 8; und zwar zumeist in grösserer Zahl. Eine Abhängigkeit der Mengenverhältnisse von der Reaktion des Scheidensekretes, die bald sauer, bald alkalisch ausfiel, bestand nicht. Auffallend häufig fand sich Hämolyse. In 16 Fällen barg die Scheide der Neugeborenen Staphylokokken. Für die Herkunft dieser Keime ist von grosser Bedeutung ein ganz offenkundiger Parallelismus zwischen den erwähnten Befunden und der Flora in der puerperalen Scheide der zugehörigen Mutter. So boten auch Zwillingskinder den gleichen Befund. Seltenere Keime, wie der nur einmal gefundene obligat anaerobe Streptococcus, Proteus (bei einem Melaenakinde) fanden sich ebenso im mütertlichen

Scheidensekret. Eine gewisse Abhängigkeit von dem Milieu der Wochenstube mag überdies bestehen. Der Einfluss der Darmflora scheint sich erst späterhin bemerkbar zu machen.

Ausgehend von dem Standpunkte, dass das Sekret der Scheide Schwangerer nur in der Minderzahl eine physiologische Zusammensetzung zeigt, im Gegenteil nach Bumm, Gönner, Burckhardt, Sigwart und anderen in der Mehrzahl der Fälle den physiologischen Stäbchen Streptokokken, selbst hämolytische beigemischt zu sein pflegen, mehren sich die Ratschläge, eine solche krankhaft gestörte Scheidenflora zu behandeln und womöglich in eine physiologische umzuwandeln.

Zweifel (75) benutzte während seiner Studien über diese Frage an der Döderleinschen Klinik zur groben Aussonderung der Fälle das makroskopische Aussehen des Scheidensekrets und glaubt aus diesem bereits eine gewisse Prognosenstellung sich erlauben zu dürfen: ist das Sekret anstatt weisslich-krümelig gelblich-eitrig, so verschlechtert sich die Prognose für das Wochenbett, eitrig-schaumiges vollends ist prognostisch in hohem Grade ungünstig. Zweifel stellt seine Versuche im Gegensatz zu Schweitzer, Esch und Schröder (1913) mit den üblichen Desinfizientien an und nahm 1—4 Wochen lang tägliche Scheidenspülungen vor. Während er bei Anwendung von destilliertem Wasser, Bor und essigsaurer Tonerde Vermehrung der Kokken beobachtete, erzielte er mit Sublimat, Oxyzyanat, Lysoform und Kaliumpermanganat eine, wenn zunächst auch kurzdauernde Verminderung gerade der Kokken. Besonders günstig wirkte eine $2^0/_0$ige Arg. nitr.-Lösung. — Von 30 zum Vergleich vorbehandelten Schwangeren mit normalem Sekret erkrankte eine fieberhaft (= $3{,}3^0/_0$); von 14 mit pathologischem Sekret ebenfalls eine (= $7{,}1^0/_0$).

Die auf der kleinen Versuchsreihe basierende Empfehlung lautet dahin: bei kurz vor der Geburt oder während derselben in Behandlung kommenden Fällen mit bakteriologisch krankhaftem Sekret nach mechanischer Verminderung der Keimzahl durch eine Kochsalzspülung (1—2 Liter), Desinfektion durch 100 bis 200 ccm Sublimat 1 : 2000.

Völlig anders bewertet Seligmann (61) den Befund von Streptokokken in der Scheide während der Geburt. Seine Arbeit bildet eine Fortsetzung und Vervollständigung der Goldstromschen Untersuchungen (1913) unter Berücksichtigung auch der quantitativen Verhältnisse. Bei 1092 untersuchten Kreissenden fanden sich in 517 Fällen keine Streptokokken, in 532 Fällen nichthämolytische Streptokokken, in 43 Fällen hämolytische. Um nun auch zu der Ansicht Sachs' Stellung nehmen zu können, dass die Mengenverhältnisse der hämolytischen Streptokokken massgebend seien, so wurden die Kolonien aller Streptokokken auf der Platte ausgezählt.

Das Ergebnis nun des Vergleiches dieser Untersuchungsbefunde mit dem Verlaufe des Wochenbettes ergibt nun völlig gleiche Morbiditätsziffern für alle drei Gruppen. Auch die Schwere der Erkrankungen bildet keinen Unterschied: es wird dies durch eine Verrechnung der Fiebergrade auf die einzelne Temperaturmessung festgestellt.

Bäumer (1) findet in seinen Untersuchungen die Ansicht Henkels bestätigt, dass die Hämolyse nicht eine Arteigenschaft der Streptokokken ist, sondern lediglich eine Folge des Nährbodens, auf dem sie sich entwickeln, und dass durch die Schwangerschaft Vorgänge im Organismus sich abspielen, welche die Hämolyse zustande bringen. Anders liesse es sich nicht erklären, dass bei chirurgischen und internen Sepsisfällen die Hämolyse so gut wie unbekannt ist. Folgende Beobachtung führt Bäumer zur Unterstützung seiner Anschauung an: aus einem Panaritium an seiner Hand, das er bei der Behandlung einer mit hämolytischen Staphylokokken infizierten Frau sich zugezogen hatte, gelang es ihm, Staphylokokken zu züchten, doch zeigten diese keine Hämolyse.

Benthin (3) betont demgegenüber von neuem den Standpunkt der Königsberger Klinik. Die Hämolyse sei eine dem betreffenden Streptokokkenstamme eigentümliche Eigenschaft, die wohl in gewisser Beziehung variabel sei, gehemmt und sogar zum Verschwinden gebracht werden kann, durch günstige Nährböden aber wieder in die Erscheinung tritt, dem Stamme als solchem jedoch so eigentümlich ist, dass sie ihm selbst bei seiner Degeneration nicht verloren zu gehen pflegt. Sie von Bäumer zum Beweise herangezogene Beobachtung über die Hämolyse eines Staphylokokkenstammes hält Benthin insofern für nichtssagend, als Staphylokokkenhämolyse und Streptokokkenhämolyse verschiedene Dinge sind und sich nicht in Parallele setzen lassen. So zum Beispiel sei das Hämolysin der Streptokokken so gut wie nicht abfiltrierbar im Gegensatz zu dem des Staphylococcus. Die Seltenheit der hämolytischen Streptokokken in der Chirurgie und inneren Medizin bestreitet er energisch und weist unter anderem auf den Befund dieser Keime auf 70% aller gesunden Tonsillen hin.

Schmidgall (56) hält die Fortdauer des Hämolysiervermögens der Streptokokken im kindlichen Scheidensekret in gewissem Grade für einen Gegenbeweis gegenüber Zangemeisters Anschauung, dass sich hämolytische Streptokokken nur am Orte einer von ihnen erzeugten Infektion fänden.

Jeannin und Lavan (33) beobachteten im Blute kleine Körperchen mit Braunscher Molekularbewegung, die besonders nach der Resorption von Fett aus dem Darm an Zahl ungeheuer zunehmen. Die Autoren halten diese Hemokonien, wie sie die Körperchen nennen, für die spezifischen Träger des Fettes. Da nun die Galle bei der Fettverdauung und -Resorption einen wesentlichen Anteil hat, so kann von dem Vorhandensein und der Anzahl der Hemokonien ein gewisser Rückschluss auf Absonderung der Galle in den Darm und eventuell die Funktion der Leber gezogen werden. Wie Jeannin und Lavant einerseits die Indikationsstellung zur Unterbrechung der Schwangerschaft Graviditätstoxikosen von diesem Faktor abhängig machen, so halten sie ebenso während puerperaler Infektionen die Kontrolle dieser Körperchen für prognostisch bedeutsam in Hinsicht auf die hierdurch zu ermittelnde Funktionsstörung der Leber.

Löhninger (41) konnte in drei Fällen, die unter den Erscheinungen akuter Sepsis innerhalb der ersten 12 Tage des Wochenbettes erlagen, eine Tonsillitis nachweisen, die von pathologischen Anatomen als der Ausgangspunkt der Infektion bezeichnet wurde. In allen drei Fällen war ausser anderen Lokalisationen der Infektion eine Peritonitis vorhanden.

Pierrat (50) ist der Überzeugung, einen subakuten Gelenkrheumatismus, der vier Monate nach einem septischen Abort ausbrach, durch eine um weitere vier Monate später vorgenommene Curettage geheilt zu haben. Er stellt sich den Hergang so vor, dass eine chronische puerperale Endometritis aus irgendwelcher von aussen herrührenden Veranlassung zu so später metastatischer Verbreitung des Virus geführt haben müsse.

Sutherland empfiehlt zur Isolierung pathogener Streptokokken aus infektiösem Material als elektive Methode die Überimpfung auf die für Streptokokken besonders empfindlichen Kaninchen speziell das Bauchfell, sowie zu den Kulturen die Verwendung flüssiger Nährböden.

Dingmann (14) misst dem Blutbilde grossen prognostischen Wert bei. Bei ernsterer Infektion gibt eine stärkere Zunahme der polynukleären zugleich mit hoher Leukozytose bessere Aussichten als Steigen der polynukleären bei gleichbleibender oder gar abnehmender Leukozytose.

Verschiedene Erreger.

Dougal (16) beobachtete eine Infektion durch den Bacillus aerogenes capsulatus. Die Schwangere war in den letzten zwei Wochen vor ihrer Nieder-

kunft im achten Monat mehrfach wegen Blutungen tamponiert worden. Bei der Aufnahme in die Klinik wurde ein mehrere Tage bereits liegender, übelriechender Tampon entfernt. An die tags darauf erfolgende Frühgeburt schloss sich die foudroyant verlaufende Infektion an und führte 18 Stunden nach der Entbindung zum Tode. Als Weg der Infektion wird die Blutstrasse bezeichnet von der Scheide zur Insertionsstelle der Plazenta. Doch auch die totgeborene Frucht hatte bereits einen üblen Geruch und zeigte mikroskopisch allerwärts den typischen Erreger.

Dirks, Mareschke und Kriebel (15) teilen ihre klinischen, anatomischen und bakteriologischen Beobachtungen an einem Falle von Gasphlegmone nach kriminellem Abort mit. Der schwere Kollapszustand, in dem die Patientin $1^1/_2$ Stunden nach der intrauterinen Injektion eingeliefert wurde, wird als eine Vergiftung durch den hierbei verwandten Holzessig aufgefasst. Schwieriger ist es, zu der sofort aufgetretenen Hämoglobinurie Stellung zu nehmen. Während sie nämlich für derartige Intoxikationen symptomatologisch ist, so ist andererseits auch Hämoglobinurie bei Kaninchen beobachtet worden, die mit dem Gasbazillus geimpft waren, überdies zeigte der Bazillus auch in den Kulturen deutliche Hämolyse. Hämaturie hingegen wird sehr häufig bei der Gasbazillensepsis beobachtet. Als seltenerer Befund wird noch das klinisch bereits hervorgetretene Hautemphysem über dem linken Glutäus erwähnt, fortgeleitet von der Phlegmone des linken Parametriums.

Bingold (4) gelang es bei mehr als 130 Fällen von Abort den Gasbazillus aus der Cervix oder dem Blute zu züchten. Aus dem Verlauf der Fälle erhellt, dass der Befund dieses Keimes keineswegs als ein absolut ungünstiges Zeichen aufzufassen ist. Die dem Keime eigentümliche Peritonitis zeichnet sich durch eine blutig-seröse, nicht stinkende Exsudation aus. Pathognomonisch sei bis zu einem gewissen Grade eine Missfärbung der Haut, die auf dem toxischen Zerfall der Blutkörperchen beruhe.

Spiegel (66) leitet aus einer Zusammenstellung der literarisch bekannten Fälle und vier eigener Beobachtungen einige charakteristische Merkmale der puerperalen Tetanusinfektion ab. Die relativ kurze Inkubationszeit von durchschnittlich neun Tagen entspricht den günstigen Resorptionsverhältnissen und einer Überschwemmung mit Toxinen. Die tetanusgiftbindenden Substanzen des normalen Nervensystems sind früh verbraucht und die mit der Übersättigung einhergehende Schädigung der giftempfindlichen motorischen Zentren führt zum Ausbruch der Krämpfe. Je akuter der Beginn, je schneller die Ausbreitung über die verschiedenen Muskelgruppen, um so ungünstiger gestaltet sich demnach die Prognose. Als erschwerendes Moment kommt hinzu, dass bei Puerperaltetanus die Krämpfe häufig in der Phyarnxmuskulatur mit Schlingbeschwerden beginnen und frühzeitig auf die Atemmuskulatur übergehen. Bemerkenswert ist die Tatsache, dass verschiedentlich eine günstige Beeinflussung des Tetanus durch eine hinzutretende andere Infektion beobachtet wurde, wie Pneumonie, Sepsis. Therapeutisch scheint ausser sofortiger intravenöser und intralumbaler Seruminjektion von 400—1000 A.-E. pro dosi die symptomatische Bekämpfung der Krampfanfälle durch intralumbale Injektion von 5—10 ccm einer 15%igen Magnesiumsulfatlösung der Beachtung zu verdienen. Auch die örtliche Behandlung der Eintrittspforte durch Curettage, Spülung und antitoxingetränkte Tamponade ist noch nicht ganz aufgegeben.

Lokalisationen der Infektion.

Schottmüller und Barfurth (58) haben in 79 Fällen eitriger Adnextumoren den mittelst Punktion vom Douglas her gewonnenen Eiter unter Verwendung aerober und anaerober Nährböden untersucht. Hierbei stellte sich

das bemerkenswerte Ergebnis heraus, dass in nur 6,3% der Fälle der Gonococcus, in 17,8% Streptokokken und Staphylokokken, in 34,4% obligate Anaerobier sich fanden, und nur in 15,2% die Kulturen steril blieben. Die Annahme, dass es sich um sekundäre Infektionen vom Darme aus hier handeln könne, wird mit dem Hinweis darauf abgelehnt, dass sehr häufig der Keimbefund im Eiter sich mit der Zervikalflora deckte. Bei der Seltenheit der gonorrhoischen Natur der Pyosalpinx werden auch die von Schridde namhaft gemachten histologischen Merkmale für den gonorrhoischen Charakter der Infektion unwahrscheinlich und hinfällig.

Cumston (10) lenkt die Aufmerksamkeit auf eine in der Literatur selten erwähnte, in der Tat aber wohl häufigere Komplikation im Wochenbett, den perirenalen Abszess. Ätiologisch misst Cumston den mechanischen Insulten grossen Wert bei, denen die Niere durch die Nachbarschaft des graviden Uterus ausgesetzt ist. Einmal würde sich diese Erklärung decken mit der häufig traumatischen Entstehungsweise der perirenalen Abszesse ausserhalb der Gravidität. Sodann wäre hierdurch zugleich die sonst nicht recht erklärliche Bevorzugung der rechten Nierengegend verständlich. Neigung und Drehung der rechten Uteruskante nach rechts und hinten in der Richtung zur überdies tieferstehenden und somit exponierteren rechten Niere sind wie geschaffen, das perirenale, gefässarme Bindegewebe, insbesondere während der Wehentätigkeit, mechanisch zu irritieren und einer Infektion den Boden zu ebnen. Als Eintrittspforte für die Erreger scheint ihm in erster Linie der puerperale Genitalkanal in Betracht zu kommen, und zwar die Lymphgefässe, die, in den Lymphspalten der Uteruswand beginnend, durch die Parametrien in der Nachbarschaft der Spermaticae zu den lumbalen Lymphdrüsen ziehen. Die fasziale Kapsel der Niere ist am unteren Pole nicht geschlossen und gerade hier stehen die genannten Lymphbahnen mit den feineren Lymphwegen der Fettkapsel in Verbindung.

Als nicht unwichtiges, wenn auch selteneres Begleitsymptom werden Schmerzen in der Hüfte angeführt zugleich mit Muskelkontraktion, die gelegentlich zur Verwechslung mit Koxitis führen können. Zur Differentialdiagnose gegenüber Tumoren der Niere selbst ist die respiratorische Unverschieblichkeit des Abszesses von Wert.

II. Prophylaxe und Therapie.

1. *Ahlfeld, F., Der Kernpunkt in der Frage von der Bedeutung des Aklohols bei der Händedesinfektion. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 75. Heft 3. p. 504.
2. *— Puerperale Infektion im Anschluss an Retention von Plazentarresten. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Nov. p. 537.
3. Ahrendts, Günter, Über Operationen bei puerperal-septischen Erkrankungen. Diss. Berlin. Juni.
4. *Arnstein, A., Über Methylenblausilberbehandlung. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. in Wien. 26. Febr. Ref. Wiener med. Wochenschr. p. 1788.
5. Aubert, Behandlung des septischen Abortes. Gyn. Helvet. Frühlingsausgabe.
6. Baldwin, J., Behandlung der puerperalen Thrombophlebitis. Amer. Assoc. of Obst. and Gyn. 15., 16. u. 17. Sept. Med. Record. p. 689.
7. *Beckers, R., La bouillie lactique dans les cas d'infection. Journ. Belge de gyn. Jan. p. 19.
8. *Benthin, W., Wie kann man üble Ausgänge bei fieberhaften Aborten am besten vermeiden? Deutsche med. Wochenschr. Nr. 16. p. 798.
9. Bollag, K., Beitrag zur Kalziumtherapie bei Urticaria im Wochenbett. Münchn. med. Wochenschr. 1913. Nr. 45. (Subkutane Anwendung von Kalzine-Merck.)
10. Bondy, O., Zur Frage der lokalen und allgemeinen Behandlung septischer Erkrankungen. Deutsche med. Wochenschr. 1270. (Kritik der operativen Indikationsstellung Rosensteins (s. u.) bei gynäkologischen Eingriffen.)

11. Bondy, O., Die septische Allgemeininfektion und ihre Behandlung. Ergebn. d. Chir. u. Orthop. Bd. 7. 1913.
12. *Burnham, A. C., Vaccine and serum therapy in septicemia. Annals of Surg. LIX. May. p. 645 f.
13. Cabanes, De l'emploi de l'éther dans les infections puerpérales. Réunion obst. et gyn. d'Alger. 16 Mai.
14. Calderini, La lotta profilattica contro le infezioni puerperali deve essere incessante. Lucina. XIX. Nr. 5.
15. *Champtaloup, S. T., Die prophylaktische Verwendung sensibilisierter Bakterienvakzine bei puerperaler Sepsis. Brit. Med. Journ. June 6. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1271.
16. *Cohn, Mihail, Die prophylaktische Behandlung der puerperalen Infektionen mit intravenösen Kollargoleinspritzungen. Revista de Chir. 1913. April. p. 97.
17. *Cramer, Das Terpentinöl in der Prophylaxe und Behandlung puerperaler und gynäkologischer Infektionen. Niederrhein.-westfäl. Ges. f. Gyn. u. Geb. 1. März. Bericht. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Mai. p. 724.
17a. — Das Terpentinöl in der Prophylaxe und Behandlung puerperaler und gynäkologischer Infektionen. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Heft 6. p. 789.
18. Crile, G. W., Das kinetische System und die Behandlung der Peritonitis. Amer. Assoc. of Obst. and Gyn. 15., 16., 17. Sept. Med. Record. p. 689.
19. Delmas, P., Tamponade mit reinem Terpentinöl bei der Endometritis puerperalis. Revue mens. de gyn., d'obst. et de péd. 1913. Nov.
20. Döderlein, Venenunterbindung bei Thrombophlebitis puerperalis. Gyn. Ges. zu München. 16. Juli. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 1855.
21. Foulkrod, Collin, The present status of puerperal infection in privat practice-practical methods of prevention and treatment. The Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Mai. p. 791.
22. *Fromme, F., Über die Unterbindung der Vena cava bei puerperaler Pyämie. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 76. Heft 2. p. 388.
23. Gilles, R., Péritônite postabortive. Laparotomie. Guérison. Soc. d'obst. et de gyn. de Toulouse. 4 Mars. Ref. Bull. de la soc., d'obst. et de gyn. de Paris. Avril. p. 382. (Krimineller Abort mit nachfolgender Peritonitis. Einfache Drainage in der Linea alba hatte Erfolg.)
24. *Grousse, René, Hystérectomie et infection puerpérale. Journ. Belge de gyn. Avril. p. 287.
25. *Harrar, James A., Diskussion zu Huggins, Nr. 29.
26. Henkel, Puerperalfieber und Behandlung des fieberhaften Abortes. Virchows Arch. 216. Heft 3.
27. Hirst, The routine treatment of puerperal sepsis. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. p. 1873.
28. Hounchheringer, Peter, Kollargol und puerperale Sepsis. Diss. Leipzig 1913.
29. *Huggins, R. R., A consideration of some methodes in the treatment of the puerperal infections which have given important results. Transaction of the section on Gyn. and Obst. of the Med. Soc. of the State of New York. The Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. August. p. 236.
30. *Jagoulet, La colpotomie dans le traitement de l'infection puerpérale. Paris méd. 18 Oct. 1913.
31. Jeannin und Roux-Berger, Zwei Fälle erfolgreicher Bluttransfusion bei puerperaler Infektion mit schwerer Anämie. Arch. mens. d'obst. et de gyn. 1913. Déc.
32. *Kausch, W., Über Kollargol. Arch. f. klin. Chir. Bd. 102. Heft 1. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 423.
33. *Krohl, P., Die Immunisierung des Blutes gegen septische Erkrankung. Berl. klin. Wochenschr. 1913. Nr. 42.
34. De Lostalot, Die Behandlung von Infektionen durch Anlegung von Fixationsabszessen. Lancet. 1913. Oct. p. 1118.
35. *Orlovius, Über die Beeinflussung infektiöser Erkrankungen, speziell der des Wochenbettes, durch Salvarsan bzw. Neosalvarsan. Brauers klin. Beitr. Bd. 2. Heft 2. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 643.
36. Pellegrini, Die Desinfektion der Haut mit Chloralkohol. La Gin. X. 8. p. 241. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. p. 93.

37. Pikin, Experimentelles zur Peritonitisbehandlung. Ärztezeitg. 1913. Nr. 2. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. p. 101. (Mit Kampferöl bei eitriger Peritonitis behandelte Hunde starben alle.)
38. *Rosenstein, P., Neuere Erfahrungen über die Wirkung des Argatoxyls bei septischen Erkrankungen. Deutsche med. Wochenschr. p. 804.
39. *Santi, Über den Wert der Fixationsabszesse in der Behandlung der Puerperalinfektionen. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 76. Heft 1. p. 192.
40. Seligmann, Sigfried, Zur Ätiologie der endogenen Puerperalinfektionen. Diss. Giessen. April.
41. *Tumminia, Beitrag zum Studium der Pathogenese und Therapie der Puerperalinfektion. Morgagni. Jahrg. 55. Nr. 8.
42. *Vernier, Ätherbehandlung eitriger Erkrankungen. Journ. de méd. et de chir. 1913. Nr. 23.
43. *Voigt, Weitere Mitteilungen über kolloidales Silber. Med. Ges. Göttingen. 7. Juni. Ref. Deutsche med. Wochenschr. p. 1596.
44. — Über kolloidales Silber. Was für kolloidales Silber wird intravenös injiziert? Therap. Monatshefte. Sept. p. 625.
45. *Walther, Fr., Über fieberhafte Aborte mit spezieller Berücksichtigung ihrer Therapie. Beitr. z. Geb. u. Gyn. Bd. 19. Heft 3. p. 325.
46. Weaver, G. H., Antistreptokokkenserum. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. 61. Nr. 9. p. 661. 1913.
47. *Winter, G., Über Bedeutung und Behandlung retinierter Plazentarstücke. Monatsschrift f. Geb. u. Gyn. Mai. p. 597.
48. Zweifel, E., Versuche zur Beeinflussung des Bakteriengehaltes der Scheide Schwangerer durch medikamentöse Spülungen. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. April. p. 459.

Prophylaxe.

Ahlfeld (1) schlägt einen neuen Weg zur Prüfung der Alkoholdesinfektionsmethode vor. Steinegger nämlich (Zentralbl. f. Chir. 1913) hat bei Operationen untersucht, in welchem Umfange das Messer beim Schnitt durch die Haut Hautkeime mit in die Tiefe nimmt und somit den tieferen Geweben gefährlich werden kann. Eben diese Untersuchungsmethode empfiehlt Ahlfeld zur Ermittelung der Desinfektionskraft der verschiedenen Hautdesinfizientien, speziell des Alkohols.

Krohl (33) wurde durch die Beobachtung einer gewissen Immunität mit Quecksilber behandelter Luetiker gegenüber Infektionen zu seinen Versuchen veranlasst, Tiere durch prophylaktische Injektionen von Hydrargyrum bencoicum zu immunisieren. In der Tat erreichte er durch Injektion von 1,5 mg pro kg Körpergewicht eine Immunität gegen Streptokokkeninfektion. Einige klinische Erfahrungen werden zur Bestätigung angeführt.

Cohn (16) glaubt gute Erfolge gesehen zu haben von prophylaktischen Kollargolinjektionen, die er in allen geburtshilflichen Fällen vornimmt, in denen die Möglichkeit einer Infektion besteht. Er gibt intravenös 0,1—0,2 Kollargol in Form einer 5%igen Lösung. Bei dem Erfolge scheint die hierdurch angeregte Leukozytose eine Rolle zu spielen, insbesondere die Vermehrung neutrophiler Polynukleären. Diese vermag den Aufbau eines Schutzwalles in der Uteruswand wesentlich zu unterstützen.

Unter den gleichen Bedingungen wendet Champtaloup (15) prophylaktisch sensibilisierte polyvalente Streptokokkenvakzine an.

Therapie.

a) Behandlung der septischen Allgemeininfektion.

1. Örtlich, an der Eintrittspforte.

Winter (47) widmet sich von neuem den auf dem Strassburger Kongress zuletzt eingehend erörterten Fragen über den Zusammenhang von Plazentarretentionen und schwerem Wochenbettsfieber, sowie über die Behandlung

dieses Zustandes. Nach einer Zusammenstellung der neueren Literatur scheinen schwere oder gar tödliche Infektionen bei Plazentarretentionen zunächst überhaupt nicht häufig; und in diesen Fällen konnte häufig als Ursache für die Infektion ein schwerer Eingriff oder dergleichen noch in Frage kommen. Winter nimmt auch für diese Fälle als Eintrittspforte der Infektion nicht die Räume zwischen den Zotten des Cotyledos und die Haftstelle desselben an, sondern die übrige freie Plazentarstelle. Hierbei soll nicht in Abrede gestellt sein, dass das retinierte Plazentarstück insofern einer Infektion einigen Vorschub zu leisten vermag, als es einmal den Uterus an der zur Beschränkung der Bakterienresorption notwendigen Dauerkontraktion hindert, aus dem gleichen Grunde zu ausgedehnterer Thrombenbildung Anlass geben kann und schliesslich durch Blutungen die Widerstandskraft der Wöchnerin zu schwächen vermag.

Ein gewaltiger Unterschied im weiteren Verlauf des Wochenbettes besteht zwischen den Fällen, bei denen eine Ausräumung bei bisher fieberfreiem Verlauf vorgenommen wurde und jenen, bei denen vor dem Eingriff bereits Fieber bestand. Finden sich unter 51 der ersten Gruppe nur vier Fälle ernsteren Fiebers, kein Todesfall im Anschluss an den Eingriff, so hatten 105 Fälle von Ausräumung bei bereits bestehender Infektion 20 mal ein schweres Wochenbettsfieber im Gefolge, 10 weitere Fälle kamen ad exitum. Winter leitet aus seiner neuen Zusammenstellung folgendes Verhalten den Retentionen gegenüber ab: das in der Geburt oder im fieberfreien Wochenbett als sicher fehlend erkannte Plazentarstück ist sofort zu entfernen. Sind virulente Bakterien vorhanden — und zu ihnen rechnet Winter, bevor er andere sicherere Kriterien kennt, in erster Linie den hämolytischen Streptococcus — so ist die Ausräumung zu unterlassen, jedenfalls bis zum Verschwinden dieser Keime hinauszuschieben, beziehungsweise die Spontanausstossung abzuwarten. Bei Erkrankung des Peritoneums, der Parametrien oder Adnexe ist nur ein konservatives Verfahren am Platze. Verblutungsgefahr bildet natürlich in jedem Falle eine Ausnahme.

Ahlfeld (2) vertritt diesen Ausführungen gegenüber von neuem einen völlig entgegengesetzten Standpunkt, ganz insbesondere soweit es den ätiologischen Zusammenhang von Retention und Puerperalfieber betrifft. Wenn er jedoch zur vorsichtigen Ausräumung der Reste grundsätzlich auch im Wochenbett, selbst bei Fieber rät, so hält er es auf der anderen Seite für fraglos, „dass Manipulationen zum Zweck der Untersuchung oder Herausbeförderung des Corpus delicti den Anlass zu einer schweren Allgemeininfektion geben können und oft genug gegeben haben." Am ungünstigsten sind diejenigen Fälle, wo bei bereits bestehendem Infektionsfieber und ungenügender Weite des Zervikalkanals stärkere Nachblutungen zu einem intrauterinen Eingriff nötigen. Wenn irgend angängig, versuche man dann ohne intrauterinen Eingriff der Blutung Herr zu werden."

Benthin (8) tritt von neuem für die konservative Therapie des septischen Aborts ein, wie sie an der Winterschen Klinik geübt wird. Auch bei den unkomplizierten fieberhaften Aborten, namentlich bei Vorhandensein hämolytischer Streptokokken, ist die konservative Therapie zu empfehlen.

Walther (45) kommt auf Grund von 834 an der Fehlingschen Klinik beobachteten Aborten, von denen 134 bakteriologisch untersucht wurden, zu dem Ergebnis, dass auch die infizierten Aborte, selbst bei Anwesenheit hämolytischer Streptokokken, der sofortigen Ausräumung unbedingt bedürfen, und zwar unter Anwendung der Curette, vorausgesetzt, dass nicht die Infektion die Uteruswand bereits überschritten hat. Die guten Resultate dieser Behandlung auch bei Anwesenheit hämolytischer Streptokokken bei frühzeitiger Anwendung im Gegensatz zu dem überwiegend ungünstigen Ausgang bei bereits vorgeschrittener Infektion dienen in erster Linie als Richtschnur für dieses Behandlungsprinzip.

Cramer (17) verwendet bereits seit 10 Jahren zur Verhütung sowie zur Bekämpfung puerperaler Infektionen das Terpentinöl zumeist in der gereinigten Form der Pharmakopoe oder auch das nicht gereinigte in verdünntem Zustande. Nach der Curettage septischer Aborte, nach der gründlichen Reinigung des infizierten puerperalen Uterus im Wochenbett wischt er entweder den Uterus mit einem terpentinölgetränkten Wattebausch aus, oder er lässt einen Tamponadestreifen während der Einführung durch eine im Spekulum bereitgehaltene Menge von etwa 30 ccm Terpentins hindurchpassieren vor der Verwendung im Cavum. Obgleich derartige Tamponaden auch längere Zeit über liegen blieben, hat Cramer irgendwelche auch nur leichten Vergiftungserscheinungen niemals beobachten können. Seine guten Erfolge führt er auf folgende Wirkungen des Terpentinöls zurück: 1. rühmt er ihm eine stark desinfizierende und entwicklungshemmende Kraft nach; 2. bleibt diese Kraft über besonders lange Zeit erhalten; 3. es wird kein Ätzschorf gebildet, unter dem sich sofort eine Sekretstauung mit folgender reichlicher Bakterienentwicklung etabliert; 4. die Anregung einer gewaltigen örtlichen Leukozytose und äusserst kräftigen Wundreaktion. Diese Wirkung des Medikaments ist reichlich bekannt durch die früher vielfach therapeutisch angelegten Terpentinölabszesse.

Vernier (42) wendet zur Heilung aller eitrigen Prozesse Ätherdämpfe an; bei offenen Eiterungen (Phlegmonen, Tuberkulosen) in Form von luftdicht abgeschlossenen, mit Äther getränkten Verbänden; in anderen Fällen vermittelst besonderer Vorrichtungen, die das Eindringen der Ätherdämpfe in die Vagina, Urethra, den Darm ermöglicht. Vom Auswaschen der Bauchhöhle mit Äther bei Peritonitis sah Vernier zum Teil ausgezeichnete Erfolge.

Beckers (7) verwendet Bouillonkulturen von Bacillus (lacticus) vulgaris, hergestellt nach Cohendy oder Berthelot, intrauterin in Mengen von 20 ccm mehrmals täglich bei allen Arten puerperaler Infektionen.

Grousse (24) glaubt mit der abdominalen Totalexstirpation und nachfolgender Drainage (nach oben) am siebenten Tage des Wochenbettes wegen puerperaler Infektion eine Patientin gerettet zu haben. (Durch voraufgegangene intrauterine Behandlungen verschiedenster Art (Curettage, Injektionen, Tamponade) ist das klinische Bild gestört.)

b) Behandlung der Lokalisationen.

Pyämie.

Fromme (22) liefert zur operativen Therapie der Pyämie einen interessanten Beitrag. In einem Falle, der sich an einen septischen Abort anschloss, unterband Fromme die Vena cava, da von der rechten Iliaca her ein Thrombus bis in die Teilungsstelle reichte. Auch auf der bis dahin gesunden linken Seite fehlten Stauungserscheinungen im Anschluss hieran so gut wie ganz. Lehrreicher und wesentlicher ist folgendes: nach achttägigem fröstefreien Intervall beginnen die Schüttelfröste von neuem in typischer Weise und führen nach weiteren drei Wochen zum Tode. Der anatomische Befund gibt hierfür eine völlig hinreichende Erklärung: der thrombotische Prozess war von der rechten Iliaca aus über die Cavateilungsstelle in die linke Iliaca hineingewandert und hatte hier retrograd sich fortsetzend diejenigen kleinen Seitenäste der Iliaca befallen, die durch die Kreuzbeinlöcher zum Rückenmark führen, sowie die mit der Vena azygos kommunizierende Vena ileolumbalis. Dass auf diesem Wege der Infektionsprozess wiederum mit dem proximalen Kreislauf in Verbindung treten konnte, hat ganz offenbar den Erfolg des Eingriffes vereitelt. Um nun auch gegen derartige Komplikationen Vorsorge zu treffen, schlägt Fromme vor, in ähnlichen Fällen zur Vermeidung retrograder Ausbreitung des Prozesses auch die nicht infizierte Iliaca zu unterbinden, und zwar dicht unterhalb der

Cava. Die Cava selbst ist möglichst nahe der Einmündung der Renales zu ligieren, da andernfalls Kommunikationsgefässe zwischen Iliaca und Cava den Prozess aus dem infizierten Gebiet in die Cava oberhalb der Ligatur tragen könnten.

Peritonitis.

Jagoulet (30) empfiehlt in allen Fällen von puerperaler Infektion, in denen überhaupt eine intraperitoneale Exsudatbildung in Frage kommen kann, selbst wenn der exakte Nachweis derselben noch nicht gelingt, den Douglas von der Scheide her zu eröffnen und zu drainieren.

2. Allgemein — medikamentös.

Santi (39) sieht von den Fixationsabszessen durch Injektion von Terpentinöl gute Erfolge. Durch Erhöhung des Injektionsquantums von 1 auf 5 ccm, sowie durch die mehrfache Wiederholung der Injektionen, selbst wenn die erste reaktionslos verlief, glaubt er die Wirkung den früheren Resultaten gegenüber noch erhöht zu haben. Die Mortalität der 30 bisher behandelten Fälle betrug 26,7 %.

Kausch (32) rühmt von neuem dem Kollargol (Präparat Heyden) Erfolge nach, vor allem bei der häufigeren remittierenden Form der Sepsis ohne lokalisierte Eiterherde. Ja, Kausch geht soweit, dass er aus dem fehlenden Erfolg auf einen übersehenen Eiterherd schliessen zu können glaubt. Bei bestehendem Eiterherde kommt das Mittel erst nach dessen chirurgischer Behandlung in Frage. Kausch verwendet das Mittel in 2 %iger Lösung intravenös. In verdächtigen geburtshilflichen Fällen rät er zum prophylaktischen Gebrauch.

Rosenstein (38) beobachtet immer noch vom Argatoxyl gute Erfolge, ja glaubt auch die Lokalisationen im Parametrium und den Adnexen günstig damit beeinflussen zu können. Die verabfolgten Mengen betragen intramuskulär wie intravenös 8 ccm.

Arnstein (4) gab mit teilweisem Erfolge bei septischen und arthritischen Erkrankungen intravenös: 0,1—0,15 Methylenblausilber nach von Müller und Edelmann.

Voigt (43) hat sich der lohnenden Mühe unterzogen, einen Teil der zu intravenöser Anwendung gelangenden Silberpräparate auf ihre diesbezügliche Eignung hin experimentell zu prüfen. — Die chemische Industrie stellt sich die Aufgabe, die flüssigen Silberpräparate vor der fällenden Wirkung der im Blute vorhandenen Elektrolyte zu schützen, zu „stabilisieren". Als Stabilisierungsmittel dienen Gelatine- und Gummilösung. Aber auch das übliche Isotonisierungsmittel, die 0,9 %ige Kochsalzlösung, bildet einen Elektrolyten. Unter seinem Zusatz ist ausnahmslos eine Teilchenvergröberung im entsprechenden Silberhydrosol zu beobachten. Nach den Untersuchungen Voigts verhalten sich nun die Schutzkolloide nicht allen Silberpräparaten gegenüber gleich und vermögen das Silber in meist nur recht geringen Konzentrationen vor dem Ausfall durch die erwähnten Elektrolyten zu schützen. So ergab sich als günstigstes Mischungsverhältnis für Injektionszwecke des Kollargols die Verdünnung eines Teiles der 12 %igen Lösung mit vier Teilen Wasser und 10 Teilen einer $^1/_2$ %igen Gelatinelösung. Es resultiert hierbei also eine 0,67 %ige Silberlösung. Das Ergebnis der Untersuchungen ist also, dass es fast unmöglich ist, ein einigermassen konzentriertes Silberhydrosol zu isotonisieren ohne zugleich eine Teilchenvergröberung herbeizuführen. Will man also das kolloidale Silber in möglichst feiner Verteilung intravenös verwenden, so ist es ratsam, möglichst auf das Isotonisieren zu verzichten, insonderheit kleine Mengen nicht isotonischer Flüssigkeit keine Hämolyse zur Folge zu haben pflegen.

Huggins (29) hat in 25 Fällen von puerperaler Infektion mit Streptokokkenbefund im Blute, zum Teil Streptococcus haemolyticus, intravenöse Injektionen von 1%iger Magnesiumsulfatlösung (in destilliertem Wasser) angewandt, mit dem Erfolge, dass nur zwei der Patientinnen starben. Die Einzeldosis betrug bis zu 6,4 g der Droge. Die Wirkung des Mittels liess sich experimentell nicht ergründen; vermutungsweise wird geäussert, dass es sich um eine Anregung der Resistenzkraft der Gewebe handeln mag.

Harrar (25) wandte dasselbe Mittel mit ebenfalls gutem Erfolge in 12 Fällen von Streptokokkenbakteriämie an. Sechs von diesen genasen. Von 46 nicht mit Magnesiumsulfat behandelten Streptokokkämien des gleichen Materials waren nur drei geheilt worden. Harrar gibt bis zu 16 g der Droge intravenös (in 2%iger wässeriger Lösung).

Tumminia (41) tritt wiederum für intravenöse Sublimatinjektionen ein.

Orlovius (35) erzielte bei intravenöser Anwendung des Salvarsans in 8 von 16 Fällen puerperaler Infektion einen prompten Heilerfolg. In Fällen lokalisierter Eiterung versagt das Mittel völlig. Neben der bakteriziden Eigenschaft des Mittels scheint die Erhöhung der Widerstandskraft des Organismus eine Rolle zu spielen.

Burnham (12) glaubt von frühzeitiger Anwendung des Antistreptokokkenserums sowie einer autogenen Vakzine günstige Erfolge gesehen zu haben.

B. Andere Erkrankungen im Wochenbett.

1. Barret, Über die Komplikation von Ovarialtumoren mit Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 16. 1.
2. Barthélemy, Osteomalacie puerpérale. Réunion obst. et gyn. de Nancy. 22 Mai.
3. Benestad, Georg, Akute tuberkulöse Peritonitis im Wochenbette. Norsk Mag. for Laegevidensk. p. 1038. (23jährige Frau hatte in dem letzten Jahr zuerst zystische Beschwerden vor der Schwangerschaft und später im neunten Schwangerschaftsmonat Pleuritis. Spontane Geburt zu rechter Zeit. Es traten vom zweiten Tag des Wochenbetts an Schmerzen in der rechten Schulter auf mit Bluthusten und Fieber bis 39,5. Später stellten sich dazu Symptome, die zwar auf eine Peritonitis deuteten, aber doch ein verwirrtes Bild darboten, so dass es zweifelhaft erschien, ob dieselbe puerperaler Natur war. Es wurde am sechsten Tag eine Probelaparotomie gemacht. Im Peritoneum fanden sich kleine Tuberkel (auch mikroskopisch verifiziert). Der Aszites wurde auf Meerschweinchen geimpft. Dieselben wurden tuberkulös. Die Frau lebte noch sieben Wochen.) (Kr. Brandt.)
4. Bockmann, Einige Bemerkungen über die puerperale Uterusinversion. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 18.
4a. Van de Briel, A., Verband tusschen oogziekten en puerperaliteit. (Zusammenhang zwischen Augenerkrankungen und Puerperalzustand.) Geneesk. Tijdschr. v. België. Nr. 6. (Holländ.)
5. *Chevrier, L., Sur un cas de guérison rapide de crévasses du sein par les pansements à l'hémostyl Roussel. Révue mens. de gyn., d'obst. et de péd. Janv. p. 19.
6. Clinton Jones, Walter, Bericht über zwei Fälle von postpartaler Uterusinversion nebst Besprechung der Pathogenese der puerperalen Inversion. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. June. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1523.
7. *Commandeur, M., Thrombophlébite du sinus longitudinal supérieur et des veines cérébrales externes au 22 jour après l'accouchement. Réunion obst. et gyn. de Lyon. Ref. Bull. de la soc., d'obst. et de gyn. Avril. p. 292.
8. Cremer, Diedrich, Zur Klinik der Puerperalpsychosen. Diss. Kiel.
9. Crossen, H. S., Operative Behandlung lang bestehender Uterusinversion. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. 62. Nr. 14. p. 1061.
10. Ferrari, Cancer de col de l'uterus; Wertheim pendant les suites de couches metastases multiples. Réunion obst. et gyn. d'Alger.

11. *Flint, Austin, Rückwärtslagerung des Uterus im Anschluss an die Geburt. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. July.
12. — Rückswärtlagerung des Uterus im Anschluss an die Geburt. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. July. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1522.
13. De Forest, Henry P., Case histories illustrating intestinal complications of the puerperium. Transact. of the New York Acad. of Med. April 21. Ref. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. August. p. 210.
14. Fraistat, Wulf., Embolie im Wochenbett und nach gynäkologischen Operationen.
15. Franz, Diskussion zu Schäfer (Nr. 43).
16. *Gayler, W. C., The dorsal position during the puerperium as a cause of retroversio uteri. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Febr. p. 607.
17. *Goldsborough, F. R., Retrodeviationen des Uterus im Puerperium und bei Nulliparen. Med. Record. Bd. 35. Nr. 19. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1338.
18. Greger, Helmuth, Über Harnverhaltung im Wochenbett. Diss. Marburg.
19. Hauch, Et Tilfaelde af Hemiplegi i Barselseugen. (Ein Fall von Hemiplegie im Wochenbette.) Dem. Ges. f. Gyn. u. Obst. Kopenhagen. 18. März. Ref. Ugeskr. f. Laeger. p. 1890. (Begann am 12. Tag, an dem Patientin aufstand, mit Verschlechterung an den folgenden Tagen. Keine Syphilis (Wassermann), kein Mb. cordis.) (O. Horn.)
20. — Om Behandling af Galactoforitis. (Über Behandlung der Galaktophoritis.) Ugeskr. f. Laeger. p. 1069—1070. (O. Horn.)
21. — An Behandling af Galactoforitis. (Über Behandlung der Galaktophoritis.) Ugeskr. f. Laeger. p. 727—737. (Verf. empfiehlt erst Säugung durch das Kind, dann mittelst des Milchsaugers, und hiernach Umschlag.) (O. Horn.)
22. *Heinrichsdorff, Ein Gumma der Herzscheidewand bei einer Wöchnerin. Gyn. Ges. in Breslau. 26. Mai. Bericht Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Sept. p. 418.
23. Heubner, Hans, Über Wochenbettsstörungen durch Uterusmyome. Heidelberg 1913. (Diss.)
24. Hirst, John Cooke, The routine treatment of puerperal sepsis. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. June. p. 1873.
25. Hofmann, Zur Blutgerinnung und zum Blutbild bei normalen, hypothyreotischen und hyperthyreotischen Schwangeren und Wöchnerinnen. Gyn. Helvetica. Frühlingsausgabe.
26. Hoytema, Het outstaan van Thrombose in de beenvenen na den partus. Maandschr. v. Verlosk. en Vrouwenz. en v. Kindergeneesk. 1912. Ref. Gyn. Rundschau. p. 617.
27. Hurwitz, Benno, Über Inversio uteri puerperalis. Diss. Königsberg.
28. Jolly, Diskussion zu Schäfer (Nr. 43).
29. *Jones, Walter Clinton, Bericht über zwei Fälle von postpartaler Uterusinversion nebst Besprechung der Pathogenese der puerperalen Inversion. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. June.
30. Kaarsberg, J., Protest imod Overlaege Hauchs Behandling af begyndende Mastitis med Sugning contra Molkning. (Protest gegen Oberarzt Hauchs Behandlung der angehenden Mastitis mit Säugung contra Melken.) Ugeskr. f. Laeger. p. 934—936. (Verf. hält das Melken für unentbehrlich in der Mastitisbehandlung, und zwar speziell in den ersten 24 Stunden.) (O. Horn.)
31. — Bemarkninger til Overlage Hauchs Artikel om Behandling af Galactoforitis i Ugeskr. f. Laeger. Nr. 23. (Bemerkungen zu Oberarzt Hauchs Artikel über die Behandlung der Galaktophoritis.) Ugeskr. f. Laeger. p. 1095. (O. Horn.)
32. Kehrer, Die geburtshilfliche Bedeutung der Tetanie. Gyn. Helvetica. Frühlingsausgabe.
33. *Kreiss, Ph., Tetanoide Symptome bei Schwangeren und Wöchnerinnen. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 76. Heft 1.
34. Ludwig, Ileus bei Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Gyn. Helvetica. Frühlingsausgabe.
35. *Madon, I., Anémie pernicieuse des suites de couches. Soc. des sciences méd. de Montpellier. Ref. La Presse méd. Avril. p. 328.
36. Markowa, Ada, Beitrag zur Kasuistik des Ileus acutus während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes. Przegl. lekarski. Nr. 23. (Bericht eines Falles von Torsion einer Dünndarmschlinge im Wochenbett und dreier Fälle von Torsion des Sigmoideums in der Schwangerschaft, die alle mit Erfolg operiert wurden.)

37. Meurer, Thrombosen en Embolieen na bivallingen en na operaties. Nederl. Maandschr. v. Verlosk. en Vrouwenz. en Kindergeneesk. Ref. Gyn. Rundschau. p. 617.
38. Müller, B., Das Verhalten der Glandula thyreoidea im endemischen Kropfgebiet des Kantons Bern zu Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Gyn. Helvetica. Frühlingsausgabe.
39. Murray, Bericht über drei atypische Fälle von puerperaler Pyelitis. Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Nr. 2.
40. Nacke, Diskussion zu Schäfer (Nr. 43).
41. Péry, Métrorrhagie tardive des suites de couches d'origine grippale. Soc. d'obst. et de gyn. de Bordeaux. 24 Mars. Ref. Bull. de la Soc., d'obst. et de gyn. de Paris. Mai. p. 438.
42. Pini, Ein Fall von chronischer Uterusinversion, geheilt durch die Operationsmethode: Küstner-Piccoli. Lucina. XVIII. 6. p. 88. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. p. 82.
43. *Schäfer, Inversio uteri puerperalis. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin. 28. Nov. 1913. Ref. Zentralbl. f. Geb. u. Gyn. p. 998.
44. Schiepbach, Über perniziöse Anämie in Schwangerschaft und Wochenbett. Gyn. Helvetia. Frühlingsausgabe.
45. Schultz, Th., Et Tilfaelde af Ileus in puerperio. (Ein Fall von Ileus in puerperio.) Ges. f. Gyn. u. Obst. Kopenhagen. 8. April. Ref. Ugeskr. f. Laeger. p. 1924—1926. (35jährige IVpara. Drei Tage vorher letzte Partus. Nun Meteorismen, Ileus. Laparotomie. Uterus in forcierter Anteversion mit Fundus teilweise hinter der Symphyse und Kollum direkt nach hinten gegen die Konkavität des Os sacrum, wo Rektum komprimiert wurde. Uterus wurde ventrofixiert — aber Rezidiv und kein Abgang von Flatus. Nun wurde verordnet Sinus-Seitenlage, wonach Flatusabgang und Heilung.) (O. Horn.)
46. Simson, H. I. F., and I. M. Bernstein, Infection by B. coli in the puerperium, and the infectiv conditions of pregnancy. The Brit. med. Journ. April. p. 749. (Allgemeine Regeln für die diagnostische Absonderung der Koliinfektionen der Harnwege im Puerperium gegenüber puerperalen Infektionen, sowie für die frühzeitige Gewinnung autogener Vakzine.)
47. Slaski, Uterusinversion. MK. Nr. 1. p. 1—5. Ref. Gyn. Rundschau. p. 453.
48. Spire, A., Ein Fall von spontaner puerperaler Uterusinversion. Revue mens. de gyn., d'obst. et de péd. Mai. Ref. Zentralbl. p. 1523.
49. Sutherland Metcalfe, H., Ptomaine poisoning in the puerperium. The Brit. Med. Journ. May. p. 1182. (Zufällige Koinzidenz einer Vergiftung durch Fisch-Ptomaine mit dem siebenten Tage eines sonst normalen Wochenbettes. Starkes Gesichtsödem, meteoristisch aufgetriebener Leib waren die hervorspringendsten Symptome neben der Temperatursteigerung auf 39°.)
50. Tecon, Bedeutung von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett für die Lungentuberkulose. Gyn. Helvetica. Frühlingsausgabe.
51. *Telfair, J. H., Komplette Inversion des Uterus post partum. New York Med. Journ. Vol. 99. Nr. 18. p. 882.
52. *Tussenbroek, K., Der Einfluss der Schwangerschaft und des Wochenbettes auf die Sterblichkeit der weiblichen Bevölkerung an Tuberkulose. Arch. f. Gyn. Bd. 101. Heft 1. Ref. Der Frauenarzt. p. 397.
53. Wartena, S., Neuritis ischiadica met nervus peroneusverlamming na een bevalling. (Neuritis ischiadica mit Peroneuslähmung im Anschluss an eine Entbindung.) Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. I. Helft. Nr. 4. p. 259—260. (Holländisch.) (Kasuistisch. 31jährige Ipara, mit rachitischem Becken. Die Symptome kamen erst beim Aufstehen nach 14 Tagen deutlich zum Vorschein. Ursache sicher traumatisch. Da in den Muskeln Entartungsreaktion nachzuweisen ist, hält Verf. in diesem Falle die Prognose für ungünstig und die Gefahr dauernder Lähmung und Kontrakturen sehr gross.) (Lamers.)
54. Wieringa, J. H., Ileus post partum. Nederl. Maandschr. v. Verlosk., Vrouwenz. en Kindergeneesk. Bd. 3. Nr. 5. p. 298—299. (Holländ.) (Kasuistisch. Die Erscheinungen wurden durch Seitenlagerung behoben. Ursache soll Abschluss des Darmes durch Druck des puerperalen Uterus gewesen sein.) (Lamers.)
55. Witzmann, Siegfried, Stauungstherapie bei Mastitis. Diss. Kiel.
56. *Zbinden, E., Über Gangrän im Puerperium. Prakt. Ergebn. d. Geb. u. Gyn. Bd. 6. Heft 2. p. 252.

Flint (11) hält die Entstehung einer Retroversio-flexio im Wochenbett für häufiger, als im allgemeinen angenommen wird. Die Behandlung gerade zu dieser Zeit ist besonders einfach und erfolgreich.

Gaylor (16) betrachtet die übliche Rückenlage in der ersten Woche des Puerperiums für eine der wesentlichsten Ursachen der Retroversio-flexio. Auflockerung und Dehnung des Bandapparates, Gewicht des Uterus, Beweglichkeit desselben und der nicht selten krankhafte Füllungszustand der Blase während dieser Zeit bürgen ihm dafür. Er empfiehlt daher die Abwechslung zwischen der Seiten- und der Bauchlage, ohne sich über die durch den Lochialfluss erwachsenden Schwierigkeiten im unklaren zu sein.

Nach Goldsborough (17) stellen sich die Retrodeviationen erst im Spätwochenbett ein. Erschlaffungszustände des Scheideneinganges spielen hierbei eine geringere Rolle als die der Sakrouterinligamente.

Schäfer (43) berichtet über vier im Verlaufe von 13 Jahren in der geburtshilflichen Poliklinik beobachtete Fälle von puerperaler Inversion. Bemerkenswert ist, dass während der gleichen Zeitspanne innerhalb der Klinik kein Fall von Inversion beobachtet wurde. Die Zahl der hier beobachteten Geburten betrug etwa die Hälfte der poliklinischen. Von den vier Fällen starben drei. Nur bei einem derselben wird als Todesursache neben dem Blutverlust dem Schock ein Platz eingeräumt. Therapeutisch spricht sich Schäfer für die sofortige Reposition mit darauffolgender Tamponade aus, abgesehen von den Fällen tiefen Schocks.

Franz (43) betont, dass nicht die so häufig angeschuldigte unsachgemässe Ausübung des Credéschen Handgriffes Ursache der Inversion sein könne. Lägen die Verhältnisse so einfach, so müsste dementsprechend die Inversion ein bedeutend häufigeres Ereignis sein. Auch ist Franz in den zwei Fällen von im übrigen günstigem Verlauf, die er unter etwa 13000 Geburten zu beobachten Gelegenheit hatte, keinen Augenblick im Zweifel gewesen, den Handgriff so korrekt ausgeführt zu haben, wie in allen anderen Fällen.

Ein tieferliegendes Moment muss da zugrunde liegen und als solches scheine ihm die Erschlaffung insbesondere der Plazentarstelle in Frage zu kommen.

Clinton Jones (29) stellt zur Erklärung der in der überwiegenden Mehrzahl spontan auftretenden puerperalen Inversionen eine besondere Theorie rein muskulärer Entstehung auf.

Telfair (51) misst dem Schock bei der Entstehung sowie der Reposition des invertierten Uterus eine grössere Bedeutung bei. Er rät daher im allgemeinen von der sofortigen Reinversion ab, wenn nicht die Blutung dazu zwingen sollte.

Jolly (43) lehnt den Schock als Todesursache völlig ab.

Nach Nacke (43) kommt als solche die Luftembolie häufiger noch in Frage als der Blutverlust.

Commandeur (7) beschreibt einen Fall von **Thrombose** des **Sinus longitudinalis**, die am 25. Tage eines fieberfreien Wochenbettes ohne alle Prodrome auftrat. Es handelte sich um eine 24jährige Ipara, die nach normaler Spontangeburt am 16. Tag des Wochenbettes entlassen worden war (eine einmalige Steigerung auf 38,1 am achten Tage bezieht der Verfasser nicht auf eine genitale Infektion). Nach geringen Kopfschmerzen setzen in der darauffolgenden Nacht plötzlich heftige Krämpfe ein, die in allen Punkten den eklamptischen gleichen, abgesehen von dem Beginn derselben in einer oder der anderen Gliedmasse und der schleichenden Ausbreitung über den ganzen Körper. Die Anfälle folgen immer dichter aufeinander bis zum Exitus, der 36 Stunden nach Beginn der Erkrankung eintrat, trotz der üblichen Eklampsietherapie (Chloral, Einläufe, Aderlass).

Bei der Autopsie fand sich eine isolierte Thrombose des Sinus longitudinalis, sowie der oberflächlichen Venen im Gebiet des Sulcus Rolandi. Die Leber bietet den typischen Anblick einer Eklampsieleber. Trotz dieses letzteren Befundes

kann sich Commandeur nicht entschliessen, das Krankheitsbild als ein eklamptisches aufzufassen, vor allem wegen des völligen Mangels von Albumen im Urin. Er möchte vielmehr auf einen Einfluss der Leber auf Thrombosen schliessen, auf den Doyen bereits aufmerksam gemacht habe.

Zbinden (56) geht an der Hand zweier eigener Beobachtungen auf das Krankheitsbild der puerperalen Gangrän ein. Während er im ersten Falle von vollkommener Gangrän des Unterarms mit infizierten Thromben in Radial- und Ulnararterie als Grundursache eine Infektion ansieht, so weist er für den zweiten Fall seiner Beobachtung dieses ätiologische Moment zurück. Hier handelte es sich um Gangrän mehrerer Zehen. In 13 in der Literatur aufgeführten Fällen sind als Ursache namhaft gemacht: sechsmal Infektion, viermal Eklampsie, zweimal Intoxikation durch Medikamente und in einem Falle Druck eines Hämatoms. Periphere Gangrän im Anschluss an Eklampsie reiht sich zwanglos den hierbei zu beobachtenden anämischen Nekrosen, Thrombenbildungen und Embolien an. Das völlig symmetrische Auftreten zum Beispiel im Falle Guggisbergs lässt eine toxische Wirkung des Ergotins vermuten, insbesondere zu gleicher Zeit in der Klinik ein ähnlicher, weniger ausgesprochener Fall beobachtet wurde. Eine gewisse Überempfindlichkeit, wie wir sie auch anderen Arzneimitteln gegenüber beobachten, mag Voraussetzung sein. Ähnlich wird sich eine Gangrän beider Brustwarzen nach Orthoformbehandlung sich erklären. Mit grosser Wahrscheinlichkeit jedoch werden in mehreren der Fälle von puerperaler Gangrän verschiedene prädisponierende Momente zugleich wirken.

Tussenbroek (52) stellte fest, dass die Sterblichkeit an Tuberkulose im ersten Halbjahr nach der Niederkunft vermehrt, im zweiten Halbjahr jedoch vermindert ist, so dass Vermehrung und Verminderung einander aufheben. Die Sterblichkeit an Tuberkulose ist in dem Jahre nach der Niederkunft gleich der allgemeinen Sterblichkeit der geschlechtsreifen Frauen an Tuberkulose. Die geringe Mehrsterblichkeit aber unter den verheirateten Frauen muss zum Teil aber auch noch anderen Ursachen zugeschoben werden als nur dem Fortpflanzungsprozess. Daher verwirft Tussenbroek auch im allgemeinen das Unterbrechen der Schwangerschaft wegen Tuberkulose.

Heinrichsdorff (22) fand bei einer am sechsten Tage des Wochenbettes plötzlich verstorbenen Wöchnerin neben einer frischen Endokarditis aortica im Ventrikelseptum einen kirschgrossen hellen Knoten, der sich mikroskopisch als eine Granulationsgeschwulst mit typischer Endarteriitis obliterans darstellte und als ein Produkt der Lues anzusehen ist. Durchsetzt war diese Gewebsmasse durch ausgedehnte hämorrhagisch-fibrinös-eitrige Exsudationen. Diese letzteren führt Verfasser auf eine zugleich bestehende allgemeine puerperale Infektion zurück. Die mit dem Prozess einhergehende Schwellung und Auflockerung des Knotens und seiner Umgebung werden für den Herzstillstand verantwortlich gemacht, vielleicht durch den Druck auf das Hissche Bündel.

Madon (35) beschreibt eine im Wochenbett kenntlich gewordene und sogleich rapid zum Exitus führende perniziöse Anämie (Zahl der roten Blutkörperchen 1 190 000).

Nach Kreiss (33) scheinen Puerperium und Gravidität das Auftreten einer Tetanie zu begünstigen. Chvostek und Fazialisphänomen waren in 80% aller Wöchnerinnen ausgesprochen. Die Ursache zu dieser Disposition wird in einer Hypofunktion der Nebenschilddrüsen vermutet.

Chevrier (5) empfiehlt auf Grund einer Erfahrung zur Behandlung von Schrunden der Mamilla kleine Kompressen mit Hémostyl-Roussel getränkt (einem Pferdeserum).

IX.

Geburtshilfliche Operationen.

VIII. Beckenerweiternde Operationen.

Referent: Prof. Dr. K. Baisch, München.

1. Albeck, Erfaringer med Pubiotomie. (Erfahrungen betreffend Pubiotomie.) Ges. f. Gyn. u. Obst. Kopenhagen. Ref. Ugeskr. f. Laeger. p. 1875—1878. (Vier Fälle von Pubiotomie, dreimal an Ipara. Resultat gut für die Mütter; von den Kindern drei lebend. Nach der Pubiotomie überlässt Verf., wo möglich, die Geburt sich selbst.) (O. Horn.)
2. Bilsted, Disc. til Albeck: Erfaringer med Pubiotomi. (Disk. zu Albeck: Erfahrungen betreffend Pubiotomie.) Ges. f. Gyn. u. Obst. Kopenhagen. 12. Nov. 1913. Ref. Ugeskr. f. Laeger. p. 1879. (O. Horn.)
3. *Engelmann, Erfolge beckenerweiternder Operationen; ein Fall von Promontoriumresektion nach Rotter-Schmid. Demonstrationsabend d. städt. Krankenanstalt Dortmund. Nov. 1913. Med. Klin. Jahrg. 10. Nr. 6. p. 261.
4. Fischer, O., Über Kaiserschnitte, Symphysiotomien und Hebosteotomien. Aus der Univ.-Frauenklinik Würzburg. Zeitschr. f. Geb. Bd. 75. Heft 1. p. 38.
5. Gluskinos, R., Zur Geschichte der Symphyseotomie, mit besonderer Berücksichtigung einer Schrift J. G. Walters: De dissectione synchondroseos ossium pubis in partu difficili. Berlin-Stralsund 1782. Diss. Giessen 1913.
6. *Gussakoff, L., Zur Frage nach der Wertung der Hebosteotomie in der Therapie des engen Beckens. K. Gebärhaus, St. Petersburg. Journ. akusch. i shensk. bolesn. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 29. Heft 4. p. 511—532. (Russisch.)
7. *Hartmann, Karl, Symphysenschnitt und suprasymphysäre Entbindung. Gyn. Rundschau. Jahrg. 8. Heft 11. p. 389—394.
8. Hauch, Disc. til Albeck: Erfaringer med Pubiotomi. (Disk. zu Albeck: Erfahrungen betr. Pubiotomie.) Ges. f. Gyn. u. Obst. Kopenhagen. 12. Nov. 1913. Ref. Ugeskr. f. Laeger. p. 1878—1879. (O. Horn.)
9. *Kupferberg, H., Symphysiotomie. Ärztl. Kreisver. Mainz, Demonstr.-Abend. 17. Febr. Münchn. med. Wochenschr. Jahrg. 61. Nr. 16. p. 906.
10. Meyer, Leopold, Disc. til Albeck: Erfaringer med Pubiotomi. (Disk. zu Albeck: Erfahrungen mit Pubiotomie.) Ges. f. Gyn. u. Obst. Kopenhagen. 12. Nov. 1913. Ref. Ugeskr. f. Laeger. p. 1879. (Warnt vor Pubiotomie bei Ipara.) (O. Horn.)
11. *Rongy, A. J., Pubiotomy versus cesarean section in neglected cases. (Pubiotomie und Kaiserschnitt in vernachlässigten Fällen.) Amer. Journ. of obst. and dis. of women and childr. Vol. 69. Nr. 2. p. 326—335.
12. *Rüder, Über die in der Entbindungsanstalt Eppendorf ausgeführten Hebosteotomien. Geb. Ges. Hamburg. Sitzg. vom 18. Nov. 1913. Diskussion: Staude, Seeligmann, Calmann, Schottelius, Roth. Zentralbl. f. Gyn. Jahrg. 38. Nr. 4. p. 170.
13. Scipiades, Elemér, Hebosteotomie und präperitonealer Kaiserschnitt. Aus der 2. Frauenklinik der k. ung. Univ. zu Budapest. Abh. Geb. Bd. 2. Heft 2. p. 576.
14. Tweedy, E. Hastings, A case illustrating the operations of symphysiotomy, pubiotomy and caesarean section. (Symphyseotomie, Pubiotomie und Kaiserschnitt bei derselben Patientin.) Transact. of the Roy. Acad. of Med. in Ireland. Vol. 31. p. 392 bis 393. 1913.
15. *Zarate, E., Les différentes techniques d'hebostéotomie. (Die verschiedenartige Technik der Hebosteotomie.) Clin. obst. et gyn. Buenos-Aires. Rev. mens. de gyn., d'obst. et de péd. Jahrg. 9. Nr. 5. p. 301—314.
16. Zinke, E. G., Einige wichtige Punkte der Geburtshilfe, Gynäkologie und Abdominalchirurgie. Journ. of the Amer. Med. Assoc. Sept. 5.

Die Zahl der Veröffentlichungen über beckenerweiternde Operationen ist im Berichtsjahr noch weiter zurückgegangen. Es rührt dies wohl weniger daher, dass die Operationen als abgeschlossenes und anerkanntes Besitztum gelten würden, über das weiter nichts mehr zu sagen wäre. Die Ursache ist vielmehr wohl die, dass die Operation von vielen Seiten verlassen worden ist. Immerhin werden noch Stimmen laut, die den Eingriff unter bestimmten Voraussetzungen warm befürworten. Vielfach werden gewisse Nachteile und Schädigungen durch die Operationen mit besonderem Nachdruck hervorgehoben.

Zu den wärmsten Verteidigern der Hebosteotomie gehört Seeligmann (12), der in der Diskussion zu dem Vortrage von Rüder (12) über 16 eigene Fälle berichtet. Alle Mütter sind genesen, nur ein Kind ist an doppelter Nabelschnurumschlingung gestorben.

Rüder (12) selbst berichtet über 15 Hebosteotomien mit ziemlich viel Nebenverletzungen: zwei komplizierte Scheidenrisse und zwei Verletzungen von Blase und Urethra. Fünfmal entstanden grosse Hämatome. Nur vier Wochenbetten verliefen fieberfrei, sechs Wöchnerinnen hatten leichtes, sechs hohes Fieber und eine Frau starb am fünften Tage an einem schweren Vitium cordis. Die Wöchnerinnen wurden zwischen dem 20. und 38. Tage entlassen, eine erst nach 73 Tagen. 20% der Kinder sind unter der Geburt gestorben. Rüder wartet nach der Durchsägung des Beckens zunächst ab und macht, wenn keine Spontangeburt erfolgt, Zange oder Wendung. Rüder berichtet auch über spätere Geburten: vier Hebosteotomierte haben fünfmal wieder geboren, vier von den Geburten verliefen spontan, einmal musste die Hebosteotomie wiederholt werden.

Auch Calmann (12) hat schlechte Resultate bei den Kindern gesehen. Er hat bei vier Hebosteotomierten zwei Kinder verloren.

Kupferberg (9) hat im allgemeinen keine günstigen Resultate von der Operation zu berichten. Bei 46 Operierten, darunter sechs Erstgebärenden, konnten 35 Kinder lebend entlassen werden. Immerhin sind es nur 76%. Eine Mutter, die hochfiebernd eingeliefert wurde, ist gestorben, alle anderen sind ohne Nebenverletzungen und Schädigungen genesen. Kupferberg wendet im wesentlichen die Franksche Technik an.

Hartmann (7) berichtet über einen Fall von subkutaner Symphysiotomie. Die obere Hälfte der Symphyse war schwer zu durchtrennen und es trat eine Blasenverletzung ein. Das Kind wurde mit Wendung und Extraktion entwickelt Die Mutter konnte am 10. Tage entlassen werden.

Gussakoff (6) tritt warm für die Hebosteotomie ein auf Grund von sieben Fällen, in denen alle Mütter gesund entlassen wurden und kein Kind an der Operation selbst verloren ging.

Auch Rongy (11) zieht die Hebosteotomie sowohl der hohen Zange, als in den infektionsverdächtigen Fällen auch dem Kaiserschnitt vor. Von neun Fällen machten zwei ein fieberhaftes Wochenbett durch, darunter eine mit Phlegmasia alba dolens. Sämtliche Kinder wurden lebend entwickelt, zwei jedoch starben am fünften Tage.

Zarate (15) beschreibt eine eigene Technik, die aber nur eine leichte Modifikation der Bummschen Methode ist. Er führt seine Nadel unter Schutz von der Scheide her von oben nach unten um den Knochen herum. Nach der Durchsägung wartet er die Spontangeburt ab. Dauerkatheter, Beckenkompressivverband.

Engelmann (3) hat wegen früheren Kaiserschnittes eine Promontoriumresektion ausgeführt, indem er ein 12 mm dickes Knochenstück vom Kreuzbein abmeisselte. Er hält den relativ leichten Eingriff für aussichtsreich und ungefährlich. Die Heilung erfolgte ohne Störung.

X.

Gerichtsärztliche Geburtshilfe.

Referent: Prof. Dr. Stumpf, München.

a) Allgemeines.

1. *Alexander, S., Die Stellungnahme der Strafrechtskommission zum ärztlichen Operationsrecht. Ärztl. Zentralanz. p. 95. (Siehe Jahresbericht Bd. 27, p. 878.)
2. *Ebermayer, Die strafrechtliche Verantwortlichkeit des Arztes bei operativen Eingriffen nach geltendem und künftigem deutschen Strafrecht. Leipziger Zeitschr. f. Deutsches Recht. Nr. 12.
3. — Rechtsfragen aus der ärztlichen Praxis. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 40. p. 652. (In einem Falle von erst bei der Operation erkanntem Karzinom und daher weitergehender Operation, als zugestanden war, wurde vom Reichsgericht anerkannt, dass der Irrtum des Arztes über die Einwilligung der Kranken die subjektive Widerrechtlichkeit ausschliesse.)
4. *Flicker, Die strafrechtliche Verantwortlichkeit des Weibes. IX. Tagung der deutsch. Ges. f. ger. Med. Vierteljahrsschr. f. ger. Med. u. öff. San.-Wesen. 3. Folge. Bd. 47. Suppl. p. 300.
5. Freundlich, L., Zur Frage des ärtzlichen Berufsgeheimnisses. Deutsche med. Wochenschrift. Bd. 40. p. 1276. (Gerichtliche Entscheidung, dass nach dem Tode die ärztliche Schweigepflicht nicht mehr besteht, ausser wenn es sich um die Erhaltung des guten Namens nach dem Tode des Kranken oder um Vermögensinteressen der Angehörigen handelt.)
6. v. Gierke, E., Grundriss der Sektionstechnik. Freiburg u. Leipzig. II. Aufl.
7. Guisau, A., La médecine judiciaire au XVIIIme siècle d'après les procédures criminelles vaudoises. Schweiz. Rundschau. 1913. Nr. 7. (Darstellung der gerichtlichen Untersuchung bei Sittlichkeitsverbrechen, Notzucht, Defloration, Ehebruch etc. im Wadtland im 18. Jahrhundert.)
8. Guttzeit, J., Die Verantwortlichkeit des Arztes bei Misserfolgen. Leipzig-Schleussig 1912. O. Thomas. (Polemik gegen Heimberger in der Frage der Schaffung irgend einer Art ärztlichen Berufsrechtes.)
9. Haberda, A., Behördliche Obduktionen. Dittrichs Handbuch d. ärztl. Sachverständigentätigkeit. Bd. 2. Wien und Leipzig, W. Braumüller. (Ausgezeichnete Darstellung der Sektionstechnik und Erörterungen über die Deutung der Befunde und der zu ziehenden Schlüsse.)
10. Harnack, E., Die gerichtliche Medizin mit Einschluss der gerichtlichen Psychiatrie und der gerichtlichen Beurteilung von Versicherungs- und Unfallsachen. Leipzig, Akt.-Verlagsanstalt.
11. Hauser, G., Die Zenkersche Sektionstechnik. Jena 1913. G. Fischer. (Berücksichtigt die gerichtsärztliche Sektionstechnik.)
12. Joachim, H., und A. Korn, Grundzüge des deutschen Ärzterechts für Studierende, Ärzte und Verwaltungsbeamte. Jena, G. Fischer.
13. *König, H., Beiträge zur forensisch-psychiatrischen Bedeutung von Menstruation, Gravidität und Geburt. Arch. f. Psych. Bd. 53. Heft 3.
14. Leers, O., Gerichtsärztliche Untersuchungen. Berlin 1913. J. Springer. (Kurzgedrängte Darstellung der gerichtsärztlichen Untersuchungstechnik.)
15. Lochte, Th., Gerichtsärztliche und polizeiärztliche Technik. Wiesbaden, J. F. Bergmann. (Enthält: ärztliche Kunstfehler von Lochte, Untersuchung von Spermaflecken bei Sittlichkeitsverbrechen und bei zweifelhaften Geschlechtszuständen von P. Fraenckel, Nachweis der Fortpflanzungsfähigkeit, Schwangerschaft und Geburt von Zoeppritz, Fruchtabtreibung von Stumpf, Kindsmord von Ungar.)

16. *v. Olshausen, Die Schweigepflicht des Arztes. Med. Klinik. Bd. 10. p. 1297.
17. *— Th., Die Schweigepflicht des Arztes gegenüber dem toten Patienten. Med. Klinik. Bd. 10. p. 1604.
18. Robertson, W. G. A., Manual of Medical Jurisprudence, Toxicology and Public Health. New York 1913. Macmillan Comp.
18a. v. Rooy, A. H. M. J., Jets over pijnloose baringen. (Über schmerzlose Geburten.) Nederl. Maandschr. v. Verlosk., Vrouwenz. en Kindergeneesk. Deel III. Nr. 5. p. 288 bis 292. (Holländisch.) (Der Steiss des 4000 g schweren Kindes war sichtbar geworden, ohne dass die Frau von dem Vorgang etwas bemerkt hatte. Ihr erstes Kind hatte sie durch Sturzgeburt im Abort verloren. Wegen Kindesmord angeklagt, war sie aber damals — und wie sich jetzt herausstellte, wohl sicher mit Recht — freigesprochen. Keinerlei Zeichen von Tabes oder Hysterie vorhanden.) (Lamers.)
19. *Spinner, J. R., Ärztliches Recht unter besonderer Berücksichtigung Deutschen, Schweizerischen, Österreichischen und Französischen Rechts. Berlin, J. Springer. (Eingehende Darstellung der rechtlichen Stellung des Arztes, wobei beim Deutschen Recht auch der Vor- und der Gegenentwurf des Strafgesetzbuches berücksichtigt wird, ferner des Operationsrechtes, der Konzeptionsbehinderung, Abtreibung und Perforation, sowie des ärztlichen Berufsgeheimnisses.)
20. Türkel, S., Kunstfehler der Ärzte und Vernachlässigung übernommener Patienten. Wiener med. Wochenschr. Bd. 64. p. 530. (Historische Entwicklung der Gesetzgebung in Österreich in bezug auf Kunstfehler.)
21. Weigert, Über die Frage der Zeugnisverweigerung der Ärzte. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 51. p. 605. (Zeugnisverweigerung des Arzets bezüglich der Zurechnungsfähigkeit einer verstorbenen Klientin bei Abfassung ihres Testamentes; Nichtanerkennung der Schweigepflicht, weil es sich nicht um den guten Namen der Verstorbenen und auch nicht um ein Privatgeheimnis handelt, sondern um berechtigte Interessen Dritter.)
22. Wilhelm, Operationsrecht des Arztes und Einwilligung der Patienten in der Rechtspflege. Beitr. z. forens. Med. Bd. 1. Hft 3. Berlin 1913, Adlerverlag.

Ebermayer (2) führt aus, dass nach dem Vorentwurf der ärztliche Eingriff nach wie vor — abgesehen von Fällen der Nothilfe — eine vorsätzliche rechtswidrige Körperverletzung bleibt, deren Rechtswidrigkeit durch die ausdrücklich erklärte oder nach den Umständen zu erwartende Einwilligung entfällt, vorausgesetzt, dass er nicht trotz der Einwilligung gegen die guten Sitten verstösst. Ohne Einwilligung bleibt er strafbar. Beim künstlichen Abortus macht die Einwilligung der Schwangeren den Arzt nicht straflos. Nothilfe, die den Eingriff straflos macht, liegt vor, wenn der Arzt unter pflichtmässiger Berücksichtigung der sich gegenüberstehenden Interessen einen Eingriff vornimmt, um von dem Kranken eine gegenwärtige, nicht anders abwendbare Gefahr, aus der dem Kranken ein erheblicher Schaden droht, abzuwenden. Bei den vielfachen Voraussetzungen der Nothilfe schrumpft deren praktische Bedeutung zusammen, weil der Eingriff trotz ihres Gegebenseins strafbar sein würde, wenn er gegen den erklärten oder nach den Umständen zu vermutenden Willen des Patienten oder seines gesetzlichen Vertreters unternommen würde.

Bezüglich des Operationsrechtes steht Spinner (19) auf dem Standpunkte, dass der sachgemässe, zu Heilungszwecken ausgeführte ärztliche Eingriff niemals eine vorsätzliche, rechtswidrige Körperverletzung sein kann, auch wenn er ohne Einwilligung des Kranken oder seines gesetzlichen Vertreters unternommen worden ist.

König (13) betont, an der Hand einer reichen Kasuistik, dass Menstruation, Schwangerschaft und Geburt zuweilen echte Psychosen ergänzen und beträchtliche psychische Alterationen bedingen, so dass bei allen Delikten, die in diesen Zuständen begangen werden, die Untersuchung des geistigen Zustandes geboten ist.

Flicker (4) stellt in Anbetracht der vielfachen Beeinflussung des Nervensystems und der Psyche der Frau durch die sexuellen Vorgänge die Forderung auf, dass ebenso wie für die Jugend, so auch für die Frau im Strafgesetzbuch eine besondere Fürsorge geschaffen werde.

v. Olshausen (16) betont, dass bei Pflichtkollision die Schweigepflicht hinter der höheren sittlichen Pflicht zurückzutreten habe und wünscht, dass die Strafgesetzgebung in Zukunft die Offenbarung dann straflos lasse, wenn sie zur Wahrung berechtigter privater oder öffentlicher Interessen erfolgt.

v. Olshausen (17) hebt ferner hervor, dass der Tod des Kranken den Arzt nicht von der Schweigepflicht entbindet und dass auch die Erben den Arzt von der Schweigepflicht

nicht entheben können. Ein Fall wird mitgeteilt, in welchem ein Arzt das Zeugnis verweigerte, die Krankheit eines von ihm behandelten Verstorbenen (es soll sich angeblich um Lues gehandelt haben) zu offenbaren, und das Gericht die Schweigepflicht anerkannte.

---

b) Impotenz und Sterilität.

1. Allmann, Pseudohermaphroditismus masculinus externus. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 122. (Siehe Jahresbericht Bd. 27, p. 883.
2. Benda, C., Fall von Pseudohermaphroditismus femininus externus (Pseudarrhenie). Berl. klin. Wochenschr. Bd. 51. p. 66. (Siehe Jahresber. Bd. 27. p. 883.)
3. *Bogdan, G., und A. Grosi, Drei neue Fälle von ritueller Kastration. Vierteljahrsschrift f. ger. Med. u. öff. San.-Wesen. 3. Folge. Bd. 48. p. 291.
4. *Boldt, H., Pregnancy after the menopause. New York Obst. Soc. Sitzg. vom 18. Nov. 1913. Amer. Journ. of Obst. Bd. 69. p. 345.
5. — Two cases of congenital absence of the uterus. New York Ac. of Med. Sect. on Obst. and Gyn. Sitzg. vom 27. Jan. Med. Record. New York. Bd. 85. p. 591. (In beiden Fällen rudimentärer Uterus und zystische Ovarien.)
6. — A case of gynatresia. New York Obst. Soc. Sitzg. vom 14. Okt. 1913. Amer. Journ. of Obst. Bd. 69. p. 130 u. 428. (Bei 23jähriger verheirateter Frau. In der Diskussion erwähnt Furniss zwei Fälle, zugleich mit Fehlen von Uterus, Tuben und Ovarien und Ward einen von Fehlen des Uterus.)
7. Bonney, V., Formation of an artificial vagina. Lancet. 1913. 11. Okt. (Selbstmordversuch eines 19jährigen Mädchens, als sie erfuhr, dass ihr die Vagina fehlte.)
8. Bucura, C. J., Geschlechtsunterschiede beim Menschen. Eine klinisch-physiologische Studie. Wien u. Leipzig 1913. A. Hölder. (Eingehende Darstellung der Geschlechtsunterschiede, die in qualitative — Keimdrüsen, Geschlechtstrieb etc. — und quantitative — die übrigen Unterschiede — eingeteilt werden, sowohl in somatischer als in psychischer Beziehung und in bezug auf die Kriminalität, ferner Erörterung des Einflusses der Kastration.)
9. Chowdry, B. K., Case of absence of uterus. Indian Med. Gaz. Calcutta. Bd. 49. Nr. 8.
10. Claiborne, J. H., Hypertrichosis in women, its relation to bisexuality (hermaphroditism); with remarks on bisexuality in animals, especially man. New York. Med. Journ. Bd. 99. p. 1178. (Ausgehend von der Hypertrichose bei Frauen bespricht Claiborne die körperliche und geistige Bisexualität des Mannes und des Weibes und erklärt die Homosexualität nicht als eine Degenerationsform oder einen Atavismus, sondern als eine quantitative Variation der normalen Bisexualität jedes einzelnen Geschlechtes.)
11. *Clark, S., Uterus in hernial sac of an hermaphrodite. Journ. of Obst. and Gyn. of Brit. Emp. Bd. 25. Nr. 2.
12. *Dörr, Sittlichkeitsverbrechen eines Hermaphroditen. Gross' Arch. Bd. 57. p. 383.
13. Engelmann, Über die Bildung einer künstlichen Scheide nach Schubert. Klin. Demonstrationsabende Dortmund. Okt. Med. Klinik. Bd. 10. p. 84. (Drei Fälle, einer bei einer seit sieben Jahren verheirateten Frau, bei welcher die Kohabitationsversuche zu einer dellenförmigen Vertiefung geführt hatten, und einer bei einem Mädchen, das sich verheiraten wollte.)
14. *Fraenckel, P., Die Beurteilung von Zwittern im Lichte neuerer biologischer Ergebnisse. IX. Tagung d. Deutsch. Ges. f. ger. Med. Vierteljahrsschr. f. ger. Med. u. öff. Sanitätswesen. 3. Folge. Bd. 47. Suppl. p. 343.
15. *— Ein Fall von Pseudohermaphroditismus femininus externus. Virchows Arch. Bd. 215. Heft 3.
16. v. Franqué, O., Seltene Missbildung der inneren Genitalien. Gyn. Rundschau. Bd. 8. p. 199. (Zweifingergliedlanges Scheidenrudiment, links Ovarium, Tube und Uterusrudiment ohne Lumen, rechts Ovarium, Tubenrudiment, keine Andeutung von Uterus. Rechte Niere vor dem Promontorium, zur Hälfte im kleinen Becken.)
17. *v. Genersich, G., Hermaphroditismus. Erdelyer Museumsverein. Fachsitzg. vom 28. Febr. Pester med.-chir. Presse. Bd. 50. p. 146.

18. *Graf, Pseudohermaphroditismus. Naturw.-med. Ges. Jena. Sitzg. vom 27. Nov. 1913. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 40. p. 414.
19. Halban, Atresie der Vagina. Geb.-gyn. Ges. Wien. Sitzg. vom 20. Mai 1913. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 277. (Eine durch Colpitis senilis und eine wahrscheinlich durch Skarlatina erworbene Atresie; Latzko teilt in der Diskussion eine durch Typhusgeschwüre entstandene Atresie mit.)
20. *Hart, B., Atypical male and female sex-ensemble (hermaphroditism and pseudohermaphroditism). Edinburgh Obst. Soc. Sitzg. vom 10. Juni. Brit. med. Journ. Bd. 1. p. 1355.
21. Hegar, A., Zur chinesischen, deutschen und amerikanischen Kriminalistik. Wiesbaden, J. F. Bergmann. (Behandelt die zur Bekämpfung und Verhütung der Verbrechen in verschiedenen Ländern ergriffenen Massnahmen, die zum Teil als brutal, zum Teil als ungenügend erklärt werden; über die Berechtigung der Kastration, wie sie in Amerika als Mittel der Bekämpfung der Verbrechen angewendet wird, kann ein abschliessendes Urteil noch nicht gefällt werden.)
22. Hirschfeld, M., Die Homosexualität des Mannes und des Weibes. Berlin, L. Marcus. (Ausführliche Darstellung; erklärt die Homosexualität für angeboren.)
23. Hofstätter, R., Sexus anceps. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 27. p. 555. (Siehe Jahresber. Bd. 27, p. 884.)
24. v. Khautz, A., Totale perineale Hypospadie. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. Wien. Sitzg. vom 19. März. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 27. p. 491. (Sieben Wochen alt, kurzer Penis; als Mädchen getauft.)
25. *Kisch, H., Die künstliche Befruchtung beim Menschen. Zeitschr. f. Sexual-Wissenschaft. Heft 2.
26. *Krüger-Franke, Über einen Fall von Pseudohermaphroditismus zweifelhaften Geschlechts. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 514 und Ges. f. Geb. u. Gyn. Sitzg. vom 13. Febr. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 76. p. 552.
27. Laughlin, H. M., Sterilization. National Conf. of Race betterment. Tagung vom 8.—12. Jan. Journ. of Amer. med. Assoc. Bd. 62. p. 566. (Verteidigung der Sterilisation von Verbrechern.)
28. Law providing for sterilization of epileptics in charitable institutions not constitutional. Journ. of Amer. med. Assoc. Bd. 62. p. 875. (Verwerfung der Sterilisation Epileptischer in Wohltätigkeitsanstalten durch den Obersten Gerichtshof von New Jersey.)
29. *Lucksch, F., Hermaphrodit. Verein deutsch. Ärzte in Prag. Sitzg. vom 13. März. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 51. p. 1059.
30. „Marriages" between the same sex. Lancet. Jahrg. 92. Bd. 1. p. 1436. (Ein als Mann geltendes Mädchen, das sich zweimal mit Mädchen verheiratet hatte, und eine als Mann geltende Frau, die 40 Jahre als Mann verheiratet war.)
31. *Meixner, K., Die Geschlechtsbestimmung bei Zwittern. Koliskos Beitr. z. ger. Med. Bd. 2. F. Deuticke.
32. Metzel, E., Die künstliche Sterilisation der Frau. Inaug.-Diss. Würzburg 1913. (Fall von Gravidität trotz beiderseitiger intraperitonealer Versenkung der Tuben.)
33. Näcke, P., Die gerichtliche Medizin und die Homosexualität. Arch. f. Psych. Bd. 53. Heft 1. (Führt die Homosexualität auf angeborene Anlage zurück und leugnet ihren Charakter als Entartung oder Krankheit.)
34. *Phélip, Hoden in der Leistenhernie eines 13jährigen „Mädchens". Bull. et mém. de la Soc. anat. de Paris. 1913. Dez.
35. Rohleder, H., Die künstliche Befruchtung beim Menschen. Wiener klin. Rundschau. Bd. 28. p. 319. (Verteidigt die künstliche Befruchtung als eine bei Behinderung der mechanischen Vereinigung der Geschlechtsteile weder gegen die Moral des Arztes noch gegen die der Eheleute verstossendes Mittel.)
36. Ruge, E., Ersatz der Vagina durch die Flexur mittelst Laparotomie. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 40. p. 120. (Fall von Scheidenmangel, vorläufige Mitteilung.)
37. Ryder, Fall von erfolgreicher künstlicher Befruchtung. Ugeskr. f. Laeger. Nr. 16. (Sterile Ehe, Mann Hypospadiaeus, wiederholte Injektionen von Condome-Sperma kurze Zeit nach der Menstruation in den Muttermund. Kind 5¾ Pfund schwer.)
38. Sarkissiantz, A., Zur Frage der künstlichen Sterilisation der Frau. Med. Klinik. Bd. 10. p. 633. (Verteidigung bei inneren Erkrankungen.)
39. *Schneider, A., Missbildungen mit Verwischung des Geschlechtscharakters. Inaug.-Diss. München 1913.

40. *Sternberg, C., Pseudohermaphroditismus masculinus externus und internus. Ärztl. Verein Brünn. Sitzg. vom 12. Jan. Wiener med. Wochenschr. Bd. 27. p. 496.
41. Thies, J., Implantatio recti bei fehlender Scheide. Med. Ges. Leipzig. Sitzg. vom 9. Dez. 1913. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 40. p. 516. (Zur Ermöglichung der Verheiratung ausgeführt.)
42. Tuffier, T., Le virilisme surrénal. Bull. de l'Acad. de Méd. Paris. Bd. 78. Nr. 21.
43. Valenti, G., Sopra un caso di pseudoermafroditismo femminile esterno. R. Accad. delle Sc. med. di Bologna. Zeitschr. f. Urol. Bd. 8. p. 679. (Sektionsbefund bei dem bekannten „Zepte Aphaire" genannten Schauzwitter; aus dem Bericht ist über die speziellen Befunde nichts zu entnehmen.)
44. *Wilhelm, E., I. Geschlechtsbestimmung der (körperlichen) Zwitter. II. Zwitter und Standesregister. Vierteljahrsschr. f. ger. Med. u. öff. San.-Wesen. 3. Folge. Bd. 49. p. 260.

Zweifelhafte Geschlechtszustände.

Fraenckel (14) verwirft — nach den heute bekannten Tatsachen über die Abhängigkeit der sekundären Geschlechtsmerkmale nicht von dem anatomischen Vorhandensein einer Geschlechtsdrüse, sondern von chemischen Einflüssen der inneren Sekretion — den Vorschlag, bei zweifelhaftem Geschlecht durch möglichst frühzeitige Laparotomie das Geschlecht zu bestimmen, weil dieser Weg nicht zum Ziele führen kann. Im Gegenteil soll das Geschlecht des lebenden Zwitters unter Mitberücksichtigung der äusseren Erkennungszeichen der chemischen Geschlechtsstoffe beurteilt werden, so dass also nicht das anatomische, sondern das funktionelle oder chemische Geschlecht ausschlaggebend ist. Es soll daher die Geschlechtsbestimmung bis zu der Zeit hinausgeschoben werden, in der eine Funktion der Drüsen nicht mehr erwartet werden kann. Dieses Verfahren genügt für alle Fälle, wo Zwitter gerichtsärztlich zu beurteilen sind, sowohl in zivil- als in strafrechtlicher Beziehung, ausgenommen nur für den Fall von Erbansprüchen, die an ein bestimmtes Geschlecht geknüpft sind.

In der Diskussion verteidigt Meixner die frühzeitige operative Bestimmung des Geschlechtes, weil dann die Kinder in dem ihren Drüsen entsprechenden Geschlecht auferzogen werden können und eine spätere Matrikeländerung tunlichst vermieden wird.

Wilhelm (44) kommt de lege ferenda unter Anlehnung an die Ausführung Fränckels vom juristischen Standpunkte aus zu der Auffassung, dass bei der Geschlechtsbestimmung körperlicher Zwitter der medizinischen Auffassung der Vorzug zu geben ist, welche nicht stets und unbedingt das Geschlecht nur nach der Art der Geschlechtsdrüse festsetzt, sondern bei Zwittern die Gesamtheit der Geschlechtsmerkmale ins Auge fasst und insbesondere unter Mitberücksichtigung des eigenen Wunsches des Zwitters nach Zugehörigkeit zu einem bestimmten Geschlecht die mit diesem Wunsch übereinstimmende Mehrzahl der Geschlechtsmerkmale entscheiden lässt, auch wenn vielleicht die Geschlechtsdrüse nicht dem dieser Mehrzahl entsprechenden Geschlecht angehört. Bezüglich der standesamtlichen Meldung wird vorgeschlagen, dass im Falle erheblicher Missstaltung der Geschlechtsorgane das Geschlecht als unbestimmt eingetragen werden soll, nötigenfalls nach Einholung eines ärztlichen Gutachtens; auf keinen Fall soll wie bisher trotz der Zweifel über das Geschlecht dieses als männliches oder weibliches bezeichnet werden. Später hat auf Antrag eines Beteiligten die Umschreibung des unbestimmt eingetragenen Geschlechts in das männliche oder weibliche zu erfolgen; jedenfalls soll der Standesbeamte, wenn der Zwitter das 14. oder 16. Lebensjahr erreicht hat, die Beteiligten zur Umschreibung auffordern und die Sachlage der Aufsichtsbehörde anzeigen, eventuell zur Zeit der Grossjährigkeit Aufforderung und Anzeige wiederholen.

Meixner (31) betont die Wichtigkeit der möglichst frühzeitigen Bestimmung des wirklichen Geschlechtes bei Zwitterbildungen und verteidigt die Berechtigung der operativen Freilegung und mikroskopischen Untersuchung der Geschlechtsdrüsen.

Dörr (12) führt den Fall einer von Jugend auf als Mädchen behandelten Bauernmagd an, die an einem 12- und einem 15jährigen Mädchen unzüchtige, koitusartige Handlungen vornahm.

B. Hart (20) unterscheidet potente Teile des Geschlechtsapparates (Keimdrüsen, Uterus, Scheide, Tuben, Vas deferens und äussere Genitalien) und nicht potente (Ep- und Paroophoron, Hydatis testis, Utriculus prostaticus). Die letzteren sind in sehr geringem Grade, die ersteren hauptsächlich mit den sekundären Geschlechtsmerkmalen kongruent. Grössere Kongruenz der nicht potenten Anteile mit den sekundären Merkmalen führt zu geringerer Kongruenz der potenten Anteile. Atypische männliche und weibliche Geschlechts-

kombination ist Folge einer Störung der Kongruenz. Echter Hermaphroditismus (Ovotestis) und transversaler oder lateraler kommen nicht vor. Bei atypischer Kongruenz sind immer die Nebennieren vergrössert. Männliche atypische Bildung ist viel häufiger als weibliche. Zwei Fälle werden kurz erwähnt. In der Diskussion verwirft Ballantyne den Ausdruck „Pseudohermaphroditismus" und Young führt einen Fall von weiblichem Pseudohermaphroditen, aber männlichen Geschlechtes, an, der mit einem Mann verheiratet war.

Clark (11) fand bei einem verheirateten, ausgeprägt männlich gebildeten Individuum mit gut entwickeltem Penis und im Skrotum liegenden kleinen Hoden in einer rechtsseitigen Leistenhernie einen kleinen Uterus mit zwei ausgebildeten Tuben.

Sternberg (40) beschreibt ein totgeborenes Kind mit aus einem in der Mittellinie gespaltenen leeren Sack bestehenden äusseren Genitalien und fehlendem Penis; aus dem Spalt ragt ein bürzelförmiges Gebilde vor. Innerlich fanden sich beiderseits kleine Hoden, Müllersche Gänge und den Samensträngen entsprechende Fäden. Ausserdem bestanden Hydrozephalus, Hexadaktylie an Händen und Füssen und eine mächtige beiderseitige Zystenniere.

Phélip (34) fand bei einem 13jährigen „Mädchen" mit doppelseitiger Leistenhernie bei der Operation beiderseits einen Hoden im Bruchsack; der rechte Hoden wurde reponiert, der linke exzidiert und auch histologisch normal befunden. Die äusseren Genitalien waren von völlig normalem weiblichen Bau.

Schneider (39) beschreibt ein 25jähriges, als Frau verheiratetes Individuum mit normal weiblich gebildeten äusseren Geschlechtsorganen, aber blind endigender Scheide und Fehlen von Uterus und Adnexen. An der Beckenwand fanden sich jederseits zwei kleine Keimdrüsen, die sich als funktionsunfähige Hoden erwiesen. Das Geschlechtsempfinden war weiblich.

Lucksch (29) beschreibt ein äusserlich männlich gebautes Individuum, das seit dem 18. Lebensjahr in vierwöchigen Zwischenräumen dreitägige Blutungen aus dem Penis gehabt hatte und sekundäre, grösstenteils männliche Geschlechtsmerkmale zeigte. Die Sektion (Lungentuberkulose) ergab innere männliche Geschlechtsorgane, kleine Hoden mit wenig erhaltenen Samenkanälchen, Prostata, Samenblasen, Caput gallinaginis etc. Nur die Mammae waren grösser und stellten 8 cm im Durchmesser und 2 cm in der Dicke messende, hauptsächlich aus Bindegewebe und mässig zahlreichen Ausführungsgängen bestehende Gebilde dar. Die Angaben über die Blutungen werden bezweifelt.

Krüger-Franke (26) beschreibt ein 38jähriges „Mädchen", das sich zu verheiraten wünschte. Die äusseren Geschlechtsteile zeigten ein penisartiges, undurchbohrtes Gebilde mit Glans und Präputium, an dessen Basis die Urethralmündung in eine 6 cm lange, stark gebogene Harnröhre führte. Vom Rektum fühlte man eine mässig grosse Prostata und in der rechten Beckenhälfte einen gut pflaumengrossen beweglichen Körper. Keine offenen Bruchpforten. Die sekundären Geschlechtscharaktere waren fast durchweg männlich. Menstruation oder Ejakulationen waren niemals vorhanden. Das Geschlecht ist ohne Operation nicht bestimmbar. Es wird vorgeschlagen, so geborene Kinder als männlich zu bezeichnen, weil Pseudohermaphroditismus femininus sehr selten ist.

Graf (18) beschreibt ein Kind mit anscheinend normal gebildeten weiblichen Geschlechtsorganen, jedoch hypospadischem Penis und darunter einer Scheidenöffnung; die Haut der grossen Schamlippen ist quer gerunzelt.

v. Genersich (17) beschreibt ein vierjähriges Kind mit 27 mm langem Geschlechtshöcker und 6 cm tiefer Scheide; die äusseren Genitalien sind mehr weiblich entwickelt.

Fränckel (15) beschreibt den Sektionsbefund bei einer 41jährigen Frau mit mangelhaft ausgebildeten inneren weiblichen Genitalien, die dem 4.—5. Embryonalmonat entsprechen, bei peniformer Klitoris und männlichen sekundären Geschlechtsmerkmalen (Haar- und Bartwuchs, Kehlkopfentwickelung, Beckenform, Fehlen der Mammae). Zugleich fand sich in der Nebenniere Rindenhyperplasie bei gering entwickeltem Mark, wie nach Kastration. Die Schwester des beschriebenen Individuums zeigte ebenfalls Missbildung der Genitalien.

Bogdan und Grosi (3) beschreiben drei Fälle von ritueller Kastration bei Skoptzen, eine totale Emaskulation bei einem Manne und zwei partielle Kastrationen bei Weibern; in einem Falle waren die Labia minora ausgeschnitten und der angefrischte Hymen zugenäht, im anderen waren nur Einschnitte in die Brüste gemacht worden. Die Opfer werden meistens mit Opium eingeschläfert, die äusseren Geschlechtsteile mit einer Schnur abgeschnürt, dicht daran abgeschnitten und die Wundfläche mit Glüheisen geätzt oder stark komprimiert. Die Gerichte schreiten nur ein, wenn ein Todesfall vorkommt oder wenn ein Verstümmelter Klage erhebt.

Boldt (4) beobachtete Schwangerschaft bei einer 45jährigen Frau nach einjähriger Menopause; es kam zu Abortus.

Kisch (25) lehnt die künstliche Befruchtung beim Menschen aus ethischen und sozialen Gründen ab und hält den von Döderlein veröffentlichten Fall für nicht beweisend für die Möglichkeit einer solchen.

c) Virginität; Sittlichkeitsverbrechen.

1. *Arnold, A., und H. Hölzel, Über den Wert intravenöser Arthigoninjektionen bei gonorrhoischen Prozessen. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 1967.
2. *Asch, P., Die moderne Therapie der Gonorrhoe beim Manne. Bonn, A. Marcus.
3. *— Über den diagnostischen und therapeutischen Wert der Sera und Vakzine für die Behandlung gonorrhoischer Erkrankungen. IV. Kongr. d. Deutsch. Ges. f. Urol. 1913. Zeitschr. f. Urol. Bd. 8. 1. Beiheft. p. 82.
4. Asnaourow, F., Sadismus und Masochismus in Kultur und Erziehung. München 1913. E. Reinhardt.
5. *Best, N. D., Schwangerschaft bei imperforiertem Hymen. Brit. med. Journ. Bd. 1. p. 965.
6. *Bollag, K., Scheidenverletzungen sub coitu. Schweizer Korrespondenzbl. Nr. 5.
7. *Boruchowicz, Die Diplokokken bei Tripper. Russ. Zeitschr. f. Haut- u. Geschlechtskrankh. Bd. 27. Heft 2/3. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 1526.
8. Broughton-Alcock, W., Studies of strain of gonococcus grown on ordinary media. Journ. of Path. and Bakt. London. Bd. 19. Nr. 2.
9. *Bruhns, C., Zur Frage der diagnostischen Verwertbarkeit der Gonokokkenvakzine. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 51. p. 69 u. 382.
10. *Chajes, B., Über nichtgonorrhoische Urethritiden und ihre Komplikationen. Dermat. Zentralbl. April.
11. Comby, J., Vulvovaginitis bei Kindern. Arch. de méd. des Enfants. Paris. Bd. 17. Nr. 3.
12. — und Condat, Vakzinetherapie bei Vulvovaginitis bei Kindern. Ebenda. Bd. 17. Nr. 6.
13. *County, B. A., Komplementfixation des Gonococcus. Philadelph. Med. Soc. Sitzg. vom 28. Mai 1913. Zeitschr. f. Urol. Bd. 8. p. 50.
14. Crabtree, E. G., Growth of Gonococcus and Staphylococcus from urethra in plate culture. Journ. of infect. Diseases. Chicago. Bd. 15. Nr. 2. (Unterscheidung von Gono- und Staphylokokken.)
15. *Dalsjö, Nachweis von Spermatozoen in der Gebärmutterhöhle. Allm. Svenska Läkartidn. p. 1207. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. p. 613.
16. Deiters, O., Fall von Leichenschändung. Monatsschr. f. Krim.-Psychologie. Bd. 10. p. 701. (Ausgraben der vor kurzem begrabenen Leiche eines 17jährigen Mädchens, Abschneiden einer Brust und der äusseren Genitalien ohne weitere Geschlechtsbetätigung. Das Gutachten nimmt Begehung der Tat im Dämmerzustand an.)
17. Dessy, S., und F. L. Grapiolo, Gonokokkennukleoprotein. Semana med. Nr. 4. (Siehe Urethra.)
18. Dozzi, L., Vulvovaginitis bei Kindern. Gazz. degli osped. e d. clin. Bd. 35. p. 38.
19. *Ense, E., Über Vulvovaginitis gonorrhoica infantum. Inaug.-Diss. Berlin 1913.
20. Eula, Notzucht. Arch. di antrop. crim. 1913. Nr. 4. Ref. Ärztl. Sachverst.-Zeitg. Bd. 20. p. 59. (Es wird die Notwendigkeit der Untersuchung mit dem Spekulum betont; Anführung mehrerer Fälle.)
21. *Finger, E., Zur Vakzinetherapie des gonorrhoischen Prozesses. Wiener med. Wochenschrift. Bd. 64. p. 861.
22. Frank, L., Sexuelle Anomalien, ihre physiologische Wertung und deren forensische Konsequenzen. Berlin, J. Springer. (Bekämpft die Strafgesetzesbestimmungen über die Homosexualität und erklärt die wenigsten Homosexuellen für eigentliche Päderasten.)
23. Freudenthal, Der Zivil- und strafrechtliche Schutz gegen geschlechtliche Ansteckung. Berl. Tageblatt. 15. Jan. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 40. p. 653. (Die

Schwierigkeiten des Nachweises vorsätzlicher und fahrlässiger Körperverletzungen würden auch nach Schaffung von Sonderbestimmungen gegen geschlechtliche Ansteckung fortbestehen.)

24. *Gabbi, U., Über die Untersuchung der Spermatozoen in den Samenflecken auf dunklen Geweben und im allgemeinen auf dichten, kompakten Substraten. Ärztl. Sachverst.-Zeitg. Bd. 20. p. 358.

25. Glingar, A., Über Urethritis non gonorrhoica. Wiener med. Wochenschr. Bd. 64. p. 591. (Bedeutung der Knötchenbefunde in der Schleimhaut für die Diagnose der nicht-gonorrhoischen Urethritis.)

26. Hamburger, R., Zur Vakzinebehandlung der kindlichen Gonorrhoe. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 40. p. 759 u. 777. (Alleinige Vakzinebehandlung ist für Dauerheilung unzureichend.)

27. *Harrison, C. W., Complement deviation in the diagnosis of gonococcal infections. Journ. of the R. Army Med. Corps. Bd. 22. p. 125. Ref. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 27. p. 1003.

28. *Heineo, Ein Fall von Scheidenverletzung sub coitu. Gyn. Helvetica. Frühjahrsausgabe.

29. *Heller, J., Geschlechtskrankheiten und Eherecht. Zeitschr. z. Bekämpfung d. Geschlechtskrankheiten. Bd. 14. Heft 9.

30. *Hellwig, A., Sittlichkeitsverbrechen und Aberglaube. Vierteljahrsschr. f. ger. Med. u. öff. San.-Wesen. 3. Folge. Bd. 47. p. 315.

31. *Hennig, Die Bedeutung der Serodiagnose der Syphilis für die Erteilung des Heiratskonsenses. Med. Ges. Magdeburg. Sitzg. vom 9. April. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 2011.

32. Jack, W. R., Vaccinetherapy in the treatment of gonococcal vulvovaginitis. Glasgow med. Journ. 1913. August. (Sechs Fälle.)

33. *Jones, R. L., und I. Simons, The serum diagnosis of gonorrheal infection. Tenessee State Med. Assoc. 81. Jahresvers. Journ. of Amer. med. Assoc. Bd. 62. p. 1583.

34. *Jump, H. D., H. Beates und W. W. Babcock, Precocious development of the external genitals due to hypernephroma of the adrenal cortex. Amer. Journ. of Med. Sciences. Bd. 147. p. 568.

35. Kenezsly, A., Die Ausbreitung der Vulvovaginitis infantum auf die inneren Sexualorgane. Pester med.-chir. Presse. 1913. Nr. 44. (Zwei Fälle mit Verbreitung auf Uterus und Adnexe.)

36. Königsfeld, H., und M. Salzmann, Der Diplococcus crassus als Erreger von Urethritis und Epididymitis. Arch. f. Derm. u. Syph. Bd. 120. Heft 1. (Ein Fall.)

37. *Kolmer, J. A., und G. P. Brown, Complement fixation in gonococcus infections. Journ. of Infect. Dis. Chicago. Bd. 15. Nr. 1.

38. La Brand, A. C. H. V., und A. L. Hagedoorn, Geneeskundig onderzoek voor het huwelijk. Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. II. Nr. 23. (Gesundheitsuntersuchung vor der Verehelichung.)

39. *Laewen, Erfahrungen über Gonokokkenvakzine. Freie Vereinigung d. Chir. d. Königreichs Sachsen. Sitzg. vom 25. Okt. 1913. Zentralbl. f. Chir. Bd. 41. p. 509.

40. Lanford, J. A., Diagnosis of gonorreal infections by fixation of complement. New Orleans Med. and Surg. Journ. Bd. 66. Nr. 7.

41. *Laupheimer, F., Der strafrechtliche Schutz gegen geschlechtliche Infektionen. Berlin, Allg. med. Verlagsanstalt.

42. *Lehmann, Fall von Koitusverletzung. Ges. f. Natur- u. Heilk. Dresden. Sitzg. vom 10. Jan. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 790.

43. *Lenartowicz, J. T., Bemerkungen zu der Arbeit von Bruhns „Zur Frage der diagnostischen Verwertbarkeit der Gonokokkenvakzine". Berl. klin. Wochenschr. Bd. 51. p. 382.

44. — Über den diagnostischen Wert der Reaktion von Bordet-Gengou und den therapeutischen Wert der Injektionen von Trippervakzine. Lemberger Gyn. Ges. Lwowski Tyg. Lek. 1913. p. 161.

45. *Leszlenyi, O., und S. Winternitz, Zur intravenösen Anwendung des Arthigon bei den gonorrhoischen Erkrankungen des Weibes. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 27. p. 185.

46. Lumière, A., und J. Chevrotier, Ein neues zur Reinkultur des Gonococcus sehr geeignetes Nährmedium. Ac. des Sciences. Paris. Sitzg. vom 1. Dez. 1913. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 508. (Eiweiss mit Bierwürze)

47. *Macalister, C. J., The influences of venereal diseases. Brit. med. Journ. 1913. Bd. 2. 13. Dez.

48. Mc Mechan, Medicolegal aspects of anaesthesia. Annals of Surg. Bd. 58. Heft 6. (Erwähnt u. a. die Möglichkeit, dass ein Narkotiseur von einer Frau, die er narkotisiert hatte, der Notzucht bezichtigt wird; ein Arzt, der bei einer kriminellen Fruchtabtreibung die Narkose übernimmt, ist strafbar.)

49. Mc Neil, A., Present status of complement fixation test in diagnosis of gonorrheal infections. New York State Journ. of Med. Bd. 100. Nr. 8. (Siehe Jahresber. Bd. 27, p. 894.)

50. Manwaring-White, R., Pregnancy with imperforate hymen. Brit. Med. Journ. Bd. 1. p. 591. (Kleine Hymenalöffnung unter der Urethra; Kohabitation sehr erschwert, dennoch Konzeption.)

51. Marcuse, M., Zur Psychologie der Blutschande. Gross' Arch. Bd. 55. p. 268. (Drei Fälle.)

52. *Moos, Über Erfahrungen mit intravenöser Vakzination durch Arthigoninjektionen bei weiblicher Gonorrhoe. Gyn. Ges. Breslau. Sitzg. vom 16. Dez. 1913. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 377 und Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 333.

53. Müller, M., Was leistet die mikroskopische Sekretuntersuchung bei der Kontrolle der Prostituierten für die allgemeine Prophylaxe der Gonorrhoe? Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 712. (Die Sekretuntersuchung wird als ein ungemein wichtiges und leistungsfähiges Verfahren für die Prophylaxe bezeichnet.)

54. *Münzer, A., Pubertas praecox und psychische Entwicklung. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 51. Nr. 10.

55. *Oppe, W., Lungenschwindsucht und Geschlechtstrieb. Vierteljahrsschr. f. ger. Med. u. öff. San.-Wesen. 3. Folge. Bd. 48. p. 54.

56. *Orlowski, Verursachen sterile Tripperfäden weissen Fluss? Deutsche med. Wochenschrift. Bd. 40. Nr. 37.

57. *Packard, Eversion of bladder. Annals of Surg. Bd. 59. p. 555.

58. Plaggemeyer, H. W., und E. K. Marshall, Gonococcus complement fixation test and analysis of results from its use. Arch. of int. Med. Chicago. Bd. 13. Nr. 1.

59. Pollitz, Notzuchtversuch an der eigenen Mutter. Gross' Arch. Bd. 52. p. 78. (Versuch der geschlechtlichen Benutzung der eigenen Mutter, die vorher durch Schlag gegen den Kopf betäubt wurde; wird als Sadismus gedeutet, was von Gross bestritten wird.)

60. *Quadflieg, L., Die Methoden des Spermanachweises und ihr Wert für den Gerichtsarzt. Friedreichs Blätter f. ger. Med. u. San.-Pol. Bd. 65. p. 39 ff.

61. Reinhardt, F., Gonorrhoe und gonorrhoische Komplikationen bei einem Säugling. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 479. (Urethralgonorrhoe bei einem Knaben mit Präputialabszess, Epididymitis und Arthritis mit tödlichem Ausgang; es wird Ansteckung beim Durchtritt durch die Vulva der gonorrhoisch erkrankten Mutter angenommen.)

62. *Renisch, Kollargol und Arthigon bei gonorrhoischen Komplikationen. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 1970.

63. *Rost, G. A., Beiträge zur Vakzinebehandlung bei Gonorrhoe. Münchn. med. Wochenschrift. Bd. 61. p. 699 und Med. Ges. Kiel. Sitzg. vom 22. Jan. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 51. p. 623.

64. Rush, I. O., Venereal diseases in the negro with special reference to gonorrhea. Med. Record. New York. Bd. 83. 31. Mai. (Bespricht den bei Negern verbreiteten Glauben, dass das beste Mittel gegen Gonorrhoe häufiger Geschlechtsverkehr und Geschlechtsverkehr mit Kindern und jungfräulichen Personen sei. Den neugeborenen Kindern werden die Augen mit Urin ausgewaschen!)

65. Schmidt, Rektalgonorrhoe bei Frauen. Dermat. Zeitschr. Bd. 22. Nr. 12. (Unter 746 gonorrhoisch erkrankten Frauen litten 151 an Erkrankung des Rektum; die Infektion erfolgt durch Herabfliessen des Sekrets.)

66. Scholtz, W., Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten. 1, Band: Geschlechtskrankheiten. Leipzig 1913. S. Hirzel.

67. Sinclair, Vulvovaginitis. Arch. of Pediatr. Jan. (Untersuchung von 83 Kindern unter drei Jahren; davon zeigten 16 gonorrhoische Infektion bei der Aufnahme und in sieben bei der Aufnahme freien Fällen entwickelte sich später eine Infektion; in neun Fällen war die Infektion eine latente.)

68. Slingenberg, Vulvovaginitis bij kinderen. Maandbl. v. Verlosk. en Vrouwenz. en Kindergeneesk. Bd. 1. Ref. Gyn. Rundschau. Bd. 8. p. 616. (Zwei Fälle von Vulvovaginitis durch Staphylokokkeninfektion.)
69. *Smith, G. G., The value of the complement fixation test in the treatment of gonococcus vulvovaginitis. Amer. Journ. of Diseases of Children. Chicago. Bd. 7. Nr. 3.
70. Smith, R. M., Vulvovaginitis in children. Amer. Journ. of Dis. of Children. Bd. 6. p. 355. (Betont die Wichtigkeit der Isolierung erkrankter Kinder.)
71. Strassberg, M., Zur Behandlung der Vulvovaginitis gonorrhoica infantum. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 27. p. 889. (13 Fälle.)
72. *Taussig, F. J., The prevention and treatment of vulvovaginitis in children. Amer. Journ. of Med. Sciences. Bd. 148. p. 480.
73. *Thomas, B. A., und R. Ivy, The gonococcus complement fixation test and analysis of results from its use. Arch. of intern. Med. Febr. (Siehe Jahresber. Bd. 27, p. 894.)
74. *— — und J. C. Birdsall, Gonococcus fixation test employing specific and non specific antigens. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 19. Nr. 3.
75. Türkel, S., Der Lustmörder Christian Voigt; ein kriminalistisch-psychiatrischer Beitrag zur Lehre vom Lustmorde. Gross' Arch. Bd. 55. p. 47. (Sammlung der im vorliegenden Falle von verschiedenen Sachverständigen abgegebenen gerichtlichen Gutachten.)
76. *Van de Velde, Specifische Diagnostich der Gonorrhoe bij de nomd. Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. 1912. I. Nr. 12.
77. Whitney, Ch. M., Ten tests by which the physician may determine when a patient is cured of gonorrhea. A study of 1260 tests by culture and slide of the expressed prostatic and vesicular secretions. Boston Med. and Surg. Journ. Bd. 170. p. 749. (Fand mittelst bakterieller Untersuchung und mit Kulturverfahren unter 100 Männern 2—5 mit virulenten Gonokokken; die Komplementbindungsmethode wurde nicht als genügend sicher befunden.)
78. Wilhelm, E., Die rechtliche Beurteilung des ärztlichen Rates zum illegitimen Geschlechtsverkehr. Sexualprobleme. 1913. Nr. 9/10. (Erörtert die straf- und zivilrechtliche Haftbarkeit des Arztes für Erteilung eines derartigen Rates.)
79. — Strafrechtliche Bedeutung geschlechtlicher Ansteckung und ärztliche Eheerlaubnis. Zeitschr. f. Bekämpfung d. Geschlechtskrankh. 1913. (Vorsätzliche Ansteckung ist strafbar und kann unter Umständen als Vergiftung geahndet werden; nicht vorsätzliche Ansteckung kann als fahrlässige Körperverletzung bestraft werden; strafrechtliche Sonderbestimmungen werden nicht befürwortet, wohl aber die gesetzliche Forderung der Beibringung eines ärztlichen Gesundheitszeugnisses für die Eheschliessenden.)
80. Williams, G., Rape in young girls. Internat. Clinics. 1913. Nr. 2/3. (Betont Zunahme der Notzuchtsdelikte an kleinen Mädchen und bespricht die gerichtlich-medizinische Untersuchung in solchen Fällen.)
81. Wolffenstein, W., Über die Häufigkeit und Prognose der Rektalgonorrhoe bei der kindlichen Vulvovaginitis. Arch. f. Derm. u. Syph. Bd. 120. Heft 1. (Betont die Häufigkeit der Mastdarmgonorrhoe bei Vulvovaginitis.)

Sittlichkeitsverbrechen und deren Nachweis.

Packard (57) beschreibt als Folgen eines Stuprums, das ein 17jähriges Mädchen im Alter von vier Jahren erlitten hatte, vollständige Zerreissung des Dammes, Zerstörung des Schambogens (wahrscheinlich durch nachfolgende Osteomyelitis), Prolaps des Uterus und vollständige Umstülpung der Blase durch die Harnröhre mit Inkontinenz und Cystitis.

Gabbi (24) bezeichnet die Baecchische Methode des Spermatozoidennachweises in Samenflecken als die beste und einfachste, jedoch ist sie nicht anwendbar bei Flecken auf dunklen und wenig durchsichtigen Geweben und auf harten Unterlagen (Holz, Leder, Marmor etc.). Für solche Fälle schlägt Gabbi die Übertragung auf weisse Kattunfleckchen vor, indem er die ursprüngliche Flecke je nach ihrem Alter kurze oder etwas längere Zeit (meist genügt eine Minute) befeuchtet und nach Absaugen des überflüssigen Wassers mit feinem Gummi bestreut und dann das Kattunfleckchen aufdrückt. Hierauf folgt die Färbung und Untersuchung nach Baecchi.

Quadflieg (60) stellt die verschiedenen Methoden des Spermanachweises — die morphologischen, chemischen und biologischen — unter kritischer Besprechung ihrer Leistungsfähigkeit und Verwendbarkeit zusammen und gibt spezielle Vorschriften über den Spermanachweis im Scheideninhalt und in angetrockneten Flecken. Als allein beweisend erklärt er den Befund von ganzen Spermatozoiden, auf den sich stets die Untersuchung zu konzentrieren hat. Die zu untersuchenden Objekte sind möglichst schonend zu behandeln. Als Vorproben sind die Florencesche und Barberiosche Reaktion sehr wertvoll, eine sichere Diagnose gestatten sie aber nicht. Die zu untersuchenden Flecken werden mit der Schere zerkleinert und mazeriert, und zuerst sind frische Präparate anzufertigen, daneben einfache und wenn diese fehlschlagen, kompliziertere färberische Methoden anzuwenden. Den biologischen Methoden kommt bis jetzt eine sicher beweisende Kraft nicht zu, wenn sie auch in geübter Hand wertvolle Dienste leisten können, besonders bei Anwesenheit von zerfallenen Samenfäden; die Komplementbindungsreaktion ist vielleicht berufen, auch die Diagnose von azoischem Sperma zu ermöglichen.

Dalsjö (15) konnte in einem Falle von gesetzwidrigem Beischlaf Spermatozoiden in der Uterushöhle nachweisen, während in der Scheide solche nicht mehr vorhanden waren.

Oppe (55) kommt nach Verwertung von Beobachtungen an 13 Sittlichkeitsverbrechern zu dem Schlusse, dass die Annahme einer erhöhten Geschlechtslust und erhöhten Geschlechtsfähigkeit der Lungentuberkulösen nicht bestätigt werden kann, jedoch wird eingeräumt, dass die Beobachtungsergebnisse ein endgültiges Urteil nicht gewährleisten.

Münzer (54) macht darauf aufmerksam, dass bei abnorm schneller körperlicher Entwicklung die psychische oft völlig den Jahren entsprechend vor sich geht, so dass eine somatische und eine psychische oder zerebrale Pubertät unterschieden werden muss.

Jump, Beates und Babcock (34) beschreiben ein siebenjähriges Mädchen mit vorzeitiger körperlicher und geistiger Entwicklung, Bassstimme schon mit einem Jahre, Schambehaarung von männlichem Typus mit sechs Jahren, vorgeschrittener Entwicklung der äusseren, weiblich gebildeten Genitalien, aber zollanger Klitoris. Die rechte Niere war Sitz eines enormen Hypernephroms, das Nebenniere und Niere durchwachsen hatte. Nach der Exstirpation Exitus. Die unvollständig ausgeführte Sektion ergab kindliche Ovarien mit Uterus.

Best (5) beobachtete einen wie eine Tasche in die Scheidenhöhle reichenden Hymen mit kleiner Öffnung; dennoch war Konzeption eingetreten.

Koitusverletzungen.

Heineo (28) beschreibt einen 2 cm langen Riss im seitlichen Scheidengewölbe bei einer 22jährigen, seit zwei Jahren verheirateten Frau nach normalem Koitus, wahrscheinlich durch Hypoplasie der Genitalien und starke Lordose bewirkt.

Bollag (6) beschreibt eine zweifache Scheidenverletzung durch Kohabitation bei einer 32jährigen IVpara; aus dem verschiedenen Aussehen der beiden Verletzungen könnte auf eine perverse Handlung geschlossen werden. Die gewöhnlich angenommenen Ursachen der Kohabitationsverletzungen — Art und Weise des Koitus, Lageveränderung des Uterus, abnorm gesteigerte Libido bei der Frau — reichen nicht hin, um die Scheidenverletzungen sub coitu zu erklären.

Lehmann (42) beschreibt einen 5 cm langen, 3 cm breiten Riss im rechten Scheidengewölbe aus dem ein Ast der Art. uterina spritzte. Der Koitus war seitens der 26jährigen Frau, die vor fünf Jahren geboren hatte, nach dreijähriger geschlechtlicher Enthaltsamkeit in Rückenlage und ohne besondere Lebhaftigkeit ausgeführt worden und das männliche Geschlechtsglied soll nicht abnorm gross gewesen sein.

Geschlechtliche Ansteckung und Ehekonsens.

Laupheimer (41) erklärt die gegenwärtigen strafrechtlichen Bestimmungen zum Schutz gegen geschlechtliche Ansteckung für ungenügend und verlangt ausdrückliche Gesetzesbestimmungen, durch welche derjenige, der wissentlich einen anderen der unmittelbaren Gefahr der Ansteckung mit einer Geschlechtskrankheit aussetzt, mit Gefängnis bis zu zwei Jahren bestraft wird. Die bei den gegenwärtigen Bestimmungen bemängelte Schwierigkeit des Nachweises des Kausalkonnexes und des Dolus eventualis wird aber wohl auch bei besonderen Strafgesetzbestimmungen bestehen bleiben.

Macalister (47) verlangt vor Eingehen einer Ehe die Beibringung eines Gesundheitszeugnisses über Freisein von ansteckenden Erkrankungen.

Heller (29) fordert, dass beim Eingehen einer Ehe eine vom Sachverständigen für noch infektiös gehaltene Geschlechtskrankheit von dem Nupturienten offenbart werden muss, dass aber eine nach sachverständigem Urteil relativ geheilte Geschlechtskrankheit der Offenbarungspflicht nicht zu unterliegen hat.

Hennig (31) erklärt die Wassermannreaktion für ein wertvolles Hilfsmittel für die Beurteilung der Heiratsfähigkeit eines Syphilitikers, aber nicht für sich allein, sondern nur im Verein mit den bisher geübten und durch die Erfahrung erprobten Gesichtspunkten. In der Diskussion erwähnt Völsch, dass die Prüfung der Lumbalflüssigkeit in manchen Fällen eine latente Syphilis aufdecken kann, in denen das Serum negativ reagiert.

Hellwig (30) macht auf den ungemein verbreiteten Aberglauben aufmerksam, dass Geschlechtskrankheiten durch einen Koitus mit Kindern oder Schwangeren, ja sogar durch Sodomie mit Pferden geheilt werden können. Eine Reihe von Beispielen werden für die weite Verbreitung dieses Aberglaubens beigebracht, der in gerichtlichen Fällen für das Strafausmass von Bedeutung werden kann.

Asch (2) macht darauf aufmerksam, dass die Inkubationsdauer der Gonorrhoe sehr oft 2—3 Wochen, zuweilen sogar 4—8 Wochen beträgt, besonders nach dem Verkehr mit unmittelbar vorher Menstruierten, bei denen die Gonorrhoe Jahre zurückliegt.

Boruchowicz (7) erklärt den Diplokokkentripper ohne Gonokokken für ebenso ansteckend wie den Gonokokkentripper.

Chajes (10) beschreibt 12 Fälle von nicht-gonorrhoischer Urethritis, darunter zwei mit langer Inkubation, chronischem Verlauf und geringfügigen Symptomen (Wälsch), vier mit kurzer Inkubation und heftigen Symptomen, die aber rasch bei Behandlung heilten, und sechs mit grampositiven Stäbchen, den Pseudodiphtheriebazillen ähnlich, wie sie auch in der Scheide vorkommen.

Orlowski (56) hält es für wahrscheinlich, dass gonokokkenfreie Tripperfäden einen bakterienfreien Cervixkatarrh bewirken.

Van de Velde (76) empfiehlt zur Diagnose der Gonorrhoe die Kultur auf Thalmann- und Aszites-Agar, ersteren zur Anreicherung, letzteren behufs Erzielung von Reinkulturen, ferner die Bestimmung des opsonischen Index (niedriger Index spricht für Gonorrhoe, normaler schliesst sie aus) und endlich die subkutane Injektion von Vakzine, die eine negative Schwankung des opsonischen Index und eine lokale Reaktion hervorruft.

Jones und Simons (33) bezeichnen die Serumprobe auf Gonorrhoe für sicherer als die Wassermannsche Probe und empfiehlt sie besonders zur Erteilung des Ehekonsenses.

Moos (52) fand, dass bei intravenöser Arthigoninjektion von 0,05 eine Temperaturerhöhung von über 1,5° mit Wahrscheinlichkeit, eine solche von mehr als 2° mit grosser Wahrscheinlichkeit für das Vorhandensein eines gonorrhoischen Prozesses spricht.

Arnold und Hölzel (1) fanden bei intravenöser Arthigoninjektion die Allgemeinreaktion ziemlich konstant, dagegen die Doppelzacke nicht konstant; weit seltener ist die Herdreaktion.

Asch (3) fand, dass die Verbindung der Injektion von Gonokokkenvakzinen mit urethroskopischen Untersuchungen, um die nach Vakzineinjektionen auftretenden lokalen Reaktionserscheinungen nachzuweisen, eine sehr brauchbare und zuverlässige Methode zur Erkennung der Kontagiosität ist, die zur Erteilung des Ehekonsenses von grösster Wichtigkeit wird.

Bruhns (9) fand die intravenöse Arthigoninjektion nicht sicher beweisend für bestehende Gonorrhoe, da auch bei Gesunden gleichhohe Temperatursteigerungen eintreten können. In manchen Fällen können Gonokokken im Sekret wieder zum Vorschein gebracht werden. Die Komplementbindung (mit Arthigon) fällt auch bei komplizierter Gonorrhoe nur in einem Bruchteil der Fälle positiv aus; bei positivem Ausfall ist sie diagnostisch sicher verwertbar.

Finger (21) hebt hervor, dass den intravenösen Injektionen von 0,1 Arthigon eine gewisse diagnostische und differentialdiagnostische Bedeutung zukommt, so dass sie ermöglichen, das Bestehen eiens latenten gonorrhoischen Prozesses anzunehmen.

Laewen (39) ermittelte, dass eine nach intravenöser Arthigoninjektion auftretende Temperatursteigerung über 1,5°, das Erscheinen einer Doppelzacke und das Auftreten von Herdsymptomen für Gonorrhoe sprechen.

Leszlenyi und Winternitz (45) erklären den diagnostischen Wert des Arthigons zum Gonorrhoenachweis für gering, indem Injektionen von unter 0,1 ccm unzuverlässig sind, Injektionen von über 0,1 ccm nur dann mit einiger Wahrscheinlichkeit für Gonorrhoe sprechen, wenn die Temperatur um mehr als 1,5° steigt.

Nach Rost (63) spricht das Eintreten von Herd- und Allgemeinreaktionen stets für das Vorhandensein gonorrhoischer Herde, dagegen ist die Allgemeinreaktion allein nicht sicher beweisend.

Auch Renisch (62) betont die grosse diagnostische Bedeutung des Arthigons.

Kolmer und Brown (37) fanden in 60% der Fälle von Gonorrhoe die Komplementbindungsprobe positiv und erklären die Probe für besonders wertvoll für die Frage, ob eine Gonorrhoe geheilt ist.

Thomas, Ivy und Birdsall (73, 74) erklären den negativen Ausfall der Komplementbindungsprobe nicht für sicher beweisend für Gonorrhoe (unkomplizierte Fälle von Urethra- und Scheideninfektion geben vor der sechsten Woche keinen positiven Ausfall), dagegen ist ein positiver Ausfall beweisend. In 21% der Fälle von klinischer Heilung erwies sich die Probe noch als positiv.

County (10) weist nach, dass bei der Komplementbindungsprobe eine positive Reaktion immer zuverlässig ist und das Vorhandensein einer Gonokokkeninfektion anzeigt, dass aber ein negativer Ausfall für die Abwesenheit einer Infektion nicht beweisend ist. Auch bei 21% aller klinisch als geheilt anzusehenden Fälle ist die Reaktion positiv. Dagegen ist bei akuter und subakuter Urethritis die Reaktion nur in 9% positiv.

Harrison (27) empfiehlt zum Nachweis bestehender oder nicht völlig geheilter Gonorrhoe das Komplementbindungsverfahren.

Lenartowicz (43, 44) hält gegenüber Bruhns den Wert der Komplementbindungsprobe, die er mit Emulsion von Gonokokkenkulturen, nicht mit Arthigon ausführt, aufrecht.

Smith (69) erklärt einen schwachen positiven Ausfall der Komplementbindungsprobe bei gonorrhoischer Vulvovaginitis nicht für beweisend; ein negativer Ausfall beweist das Nichtvorhandensein einer Infektion.

Gonorrhoe bei Kindern.

Ense (19) berichtet über 190 poliklinische Fälle von Vulvovaginitis bei Kindern; in 10% wurde Gonorrhoe bei der Mutter nachgewiesen, siebenmal handelte es sich um Klosettinfektion, einmal um Stuprum. In 71 Fällen waren Gonokokken sicher, in 13 mit Wahrscheinlichkeit nachgewiesen. In 24 Fällen waren Würmer vorhanden.

Taussig (72) konnte bei 66 Fällen von Vulvovaginitis stets — drei Fälle ausgenommen — Gonokokken nachweisen. Die Verbreitung der Infektion geschieht nicht von den Eltern aus, sondern meistens von Kind zu Kind, und zwar, weil die grosse Mehrzahl der Fälle Schulkinder betraf, auf den Klosettsitzen in den Schulen. Auf Notzucht waren nur vier Fälle zurückzuführen. In Kinderhospitälern sind alle aufzunehmenden Kinder auf Gonokokken zu untersuchen; bei Erkrankungen ist strenge Isolierung der Kinder wie des Pflegepersonals und der benützten Gerätschaften durchzuführen. Zur weiteren Prophylaxe wird die Einträufelung der Genitalien aller neugeborenen Mädchen mit 2% Silbernitrat verlangt, ferner die Anzeigepflicht der Erkrankungsfälle, die Belehrung der Eltern der erkrankten Kinder, die Kontrolle durch Pflegerinnen und die Hygiene der Schulaborte.

d) Schwangerschaft in bezug auf gerichtliche Medizin.

1. *Aktion gegen die konzeptionsverhindernden, beziehungsweise Abort bewirkenden intrauterinen Massnahmen. Diskussion in der Breslauer gyn. Ges. Sitzg. vom 20. Jan. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 593.
2. *Albrecht, H., Zwei Fälle von eitriger Peritonitis nach Durchspritzung von Sublimatlösung durch Uterus und Tuben zum Zwecke der kriminellen Fruchtabtreibung. Gyn. Ges. München. Sitzg. vom 26. Febr. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. p. 624.
3. *Alexander, C., Der Kampf gegen den Geburtenrückgang. Med. Klinik. Bd. 10. p. 397.
4. *Amann, J. A., Darmruptur durch stumpfe Gewalt bei Gravidität. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. p. 633.
5. Audebert, Traumatisme foetal; peut-on conclure à un avortement provoqué? Soc. d'Obst. et de Gyn. de Toulouse. Sitzg. vom 3. Dez. 1913. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 742.

6. Aufforderung zur Teilnahme an dem Verbrechen der Abtreibung. Reichsgerichtsentscheidung. Zeitschr. f. Med.-Beamte. Bd. 27. Beil. II. p. 161.
7. *Bach, Die antikonzeptionellen Mittel von strafrechtlichem Standpunkt. Niederrhein. westfäl. Ges. f. Gyn. Sitzg. vom 29. Juni. 1913 Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 427.
8. *Bauereisen, Spontane Uterusruptur in der Schwangerschaft. Nordwestdeutsche Ges. f. Gyn. Sitzg. vom 16. Mai. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. p. 427.
9. *Beck, R., Zwei Fälle von Muskatnussvergiftung. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 878.
10. Beintker, Die Bedeutung der Abderhaldenschen Reaktion für die ärztlichen Sachverständigen. Zeitschr. f. Med.-Beamte. Bd. 27. p. 168. (Betont die Spezifizität der Abderhaldenschen Reaktion auf Schwangerschaft für ärztliche Sachverständige, besonders auch zur Feststellung eines kürzlich stattgefundenen Abortus.)
11. Betrug durch hinterlistiges Erschleichen von Bestellungen von Fruchtabtreibungsmitteln und Bestrafung wegen Anbieten solcher Mittel. Reichsgerichtsurteil. Zeitschr. f. Med.-Beamte. Bd. 27. II. Beil. p. 116. (Betrifft Frauendusche „Triumph".)
12. *Bleichröder, Über die Zunahme der Fehlgeburten in den Berliner städtischen Krankenhäusern. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 51. p. 451.
13. *Blumenthal, N., und E. Fränkel, Untersuchungen mit der Meiostagminreaktion (Ascoli und Izar). Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 1906.
14. *Blumm, R., Vom Kampf gegen Unzucht und Unsittlichkeit. Zeitschr. f. Med.-Beamte. Bd. 27. p. 175.
15. *— Die Empfängnis und ihre Verhütung. Zeitschr. f. Med.-Beamte. Bd. 27. p. 371.
16. *Bode, Fruchtabtreibung. Gyn. Ges. Dresden. Sitzg. vom 19. März. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 1136.
17. Bondi, J., Das Gewicht der Neugeborenen und die Ernährung der Mutter. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 27. p. 14. (Kann aus Pellers — Österr. Sanitätswesen 1913 — Zahlen nur eine geringe — 100 g betragende — durchschnittliche Gewichtserhöhung des Kindes bei guter Ernährung folgern.)
18. *Bovier, D., Corps étranger de l'utérus. Soc. des Sc. méd. de Lyon. Nov. Revue de Chir. Bd. 49. p. 102.
19. *Bovin, Gebärmutterberstung im fünften Schwangerschaftsmonat. Hygiea. p. 1057. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. p. 616.
20. Breitstein, L. I., Rupture of the uterus following Cesarean section. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 62. p. 689. (In der Kaiserschnittnarbe.)
21. *Broun, L., Foreign body removed from the urinary bladder. New York Obst. Soc. Sitzg. vom 10. Febr. Amer. Journ. of Obst. Bd. 69. p. 835.
22. *Bublitschenko, L. J., Eine besondere Art von Cervixriss bei Abort. Shurn. akusch. i shensk. bolesn. p. 367. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 1016.
23. *Buecheler, Zur Frage des Geburtenrückganges. Mittelrhein. Ges. f. Geb. u. Gyn. Sitzg. vom 15. Febr. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 713.
24. Conviction of a midwife. Brit. med. Journ. Bd. 1. p. 226. (Verurteilung wegen Fruchtabtreibung.)
25. *Cova, Studio sperimentale sull' avelenamento da fosforo in gravidanza e sulle alterazioni prodotte dal fosforo nell' utero e nell' ovaio. La Ginec. Bd. 9. p. 521. Ref. Monatsschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. p. 90.
26. *Cramer, Über kriminelle Fruchtabtreibung. Niederrhein. Ges. f. Natur- u. Heilk. Bonn. Sitzg. vom 26. Okt. Med. Klinik. Bd. 10. p. 1749.
27. *Curtius, Die Abnahme der Geburtenziffern im Regierungsbezirk Magdeburg. Vierteljahrsschr. f. ger. Med. u. öff. San.-Wesen. 3. Folge. Bd. 47. p. 126.
28. *Davis, L., Shotgun wound of abdomen with rupture of pregnant uterus. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 63. p. 243.
29. Death from non-abortive anesthetic. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 63. p. 886. (Gerichtliche Entscheidung, dass, wenn jemand einer Gravida ein an sich nicht abortiv wirkendes Anästhetikum gibt, um nachher den instrumentellen Abortus einzuleiten, und wenn die Gravida vor Einleitung des Abortus stirbt, nach dem Gesetz von Ohio schuldig ist.)
30. Devèze, Un cas de césarienne post mortem. Reunion obst. et gyn. de Montpellier. Sitzg. vom 1. April. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. p. 323.
31. Didier, Statistique de 1000 cas d'avortement. Thèse de Paris 1913. (Zunahme der Aborte, die 1913 13,25% der Geburten erreichten.)

32. *Dirks, M., Marmetschke und Kriebel, Gasphlegmone nach kriminellem Abort. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. p. 376 und Gyn. Ges. Breslau. Sitzg. vom 26. Mai. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 1314.
33. *Diskussion über die Resolution der Niederrheinisch-westfälischen Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie über das Verbot des Verkaufs des sog. Steriletts und Mutterspritzen durch das Strafgesetzbuch. Ges. f. Geb. u. Gyn. Leipzig. Sitzg. vom 19. Jan. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 934.
34. Drozdowicz, Röntgenbilder der Frucht bei uteriner oder extrauteriner Schwangerschaft, sobald die Frucht die siebente Woche der Entwicklung hinter sich hat. Przegl. Lek. Bd. 9. p. 348. Ref. Gyn. Rundschau. Bd. 8. p. 408.
35. *Eben, R., Beiträge zur Diagnose der frühen Schwangerschaftsstadien nebst Untersuchungen über den diagnostischen Wert der Kutanreaktion in der Schwangerschaft. Prager med. Wochenschr. Bd. 39. p. 301.
36. Edelberg, H., Röntgenstrahlen und Schwangerschaft. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 50. Nr. 27. (Eine schädigende oder unterbrechende Wirkung der Röntgenstrahlen auf die Schwangerschaft wurde nicht beobachtet.)
37. Endelmann, Ruptur in der Kaiserschnittnarbe bei einer neuen Schwangerschaft. Gyn. Sitzungen d. Warschauer ärztl. Ges. Bd. 9. p. 352. Ref. Gyn. Rundschau. Bd. 8. p. 409. (Spontan vor Beginn der Wehen.)
38. *Enderle, W., Seltener Fremdkörper im schwangeren Uterus. Württemberg. Korresp.-Blatt. Bd. 83. Nr. 40.
39. *Engelhorn, E., und H. Wintz, Über eine neue Hautreaktion in der Schwangerschaft. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 689.
40. *Esch, P., Über eine neue Hautreaktion in der Schwangerschaft. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 1115.
41. Feuchtwanger, J., Hydrorrhoea uteri gravidi amnialis. Ärztl. Verein Frankfurt a. M. Sitzg. vom 29. Juni. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 1913. (Zwei Fälle, ein lebend- und ein totgeborenes Kind.)
42. *Fiessler, A., Die menschliche Fortpflanzung und das Strafgesetz. Gross' Arch. Bd. 56. p. 282.
43. Fölke, Scheidenduschenspritze „Experator". Med. Ges. Magdeburg. Sitzg. vom 26. Febr. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 962. (Schwere Pelveoperitonitis mit septischen Erscheinungen nach Gebrauch genannter Spritze zur Konzeptionsbehinderung.)
44.* Frank, Sterilettpessar. Geb. Ges. Hamburg. Sitzg. vom 3. Dez. 1913. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 313.
45. Fright as an element of damages. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 63. p. 1498. (Entschädigungsklage wegen Abortus infolge von fahrlässig verursachter Erkältung.)
46. *Fritsch, H., Warum wird die künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft verlangt? Neue Generation. 1913. p. 251.
47. Fuchs, A., Versuchter Familienmord einer Schwangeren; ein Beitrag zur forensischen Beurteilung der konstitutionellen Verstimmung. Gross' Arch. Bd. 55. p. 345. (Zweimaliger Versuch einer Schwangeren, sich und ihre Kinder mit Leuchtgas zu töten; Freisprechung.)
48. *Gatchell, F. E., An eighteen pound baby. Pacific Med. Journ. Jan.
49. Geburtenrückgang. Verhandl. d. Deutsch. Reichstags vom 9. und 10. Febr. u. d. preuss. Abgeordnetenhauses vom 21.—23. Febr. Zeitschr. f. Med.-Beamte. Bd. 27. p. 137 u. 176.
50. Gilles, Dystocie par excès du volume du foetus (6410 g). Soc. d'obst. et de gyn. de Toulouse. Sitzg. vom 3. Dez. 1913. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 742.
51. — Péritonite post-abortive. Soc. d'obst. et de gyn. de Toulouse. Sitzg. vom 4. März. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. p. 324.
52. Goenner, A., Zur Frage der Intrauterinstifte. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 1326. (Erwiderung an Opitz [115].)
53. Goldberg, Missbrauch des Steriletts und der Intrauterinspritze „Laetitia". Gyn. Ges. Dresden. Sitzg. vom 18. Dez. 1913. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 523. (Besprechung des Antrags der niederrhein.-westfäl. Ges. f. Geb. u. Gyn. betreffs Sammlung von Material über die Schädlichkeit der genannten Mittel.)
54. Gonnet, Grossesse extramembraneuse. Reunion obst. et gyn. de Lyon. Sitzg. vom 19. Jan. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 742. (Die Ruptur erfolgte länger

Zeit vor der im siebenten Monate eintretenden Frühgeburt. Die Plazenta zeigte die charakteristischen Veränderungen.)

55. Grassl, Der Geburtenrückgang in Deutschland, seine Ursachen und seine Bedeutung. Kempten u. München, J. Kösel.
56. *Grotjahn, A., Geburtenrückgang und Geburtenregelung im Lichte der individuellen und sozialen Hygiene. Berlin, L. Marcus.
57. *v. Gruber, M., Ursachen und Bekämpfung des Geburtenrückganges im Deutschen Reich. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 1025.
58. Grünbaum, Spontanperforation des Uterus in der Gravidität. Nürnb. med. Ges. u. Poliklin. Sitzg. vom 11. Juni. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 51. p. 1393. (Spontanruptur im dritten Monat der dritten Schwangerschaft, Uteruswand im Grund papierdünn; wahrscheinlich Divertikelschwangerschaft.)
59. *Gummert, Laminariastift in der Blase. Niederrhein.-westfäl. Ges. f. Geb. u. Gyn. Sitzg. vom 20. April 1913. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 628.
60. *— Sterilett und Mutterspritze. Niederrhein.-westfäl. Ges. f. Gyn. Sitzg. vom 29. Juni 1913. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 417.
61. *Haberda, A., Die Empfängniszeit. IX. Tagung d. Deutsch. Ges. f. ger. Med. Vierteljahrsschr. f. ger. Med. 3. Folge. Bd. 47. Suppl. p. 362.
62. Hartmann, Extraamnial entwickeltes Zwillingspaar. Gyn. Ges. Kopenhagen. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 237.
63. Haymann, A., Toleranz des graviden Uterus. Med. Klinik. Bd. 10. p. 805. (Pfählungsverletzung der Scheide und des Mastdarms mit Bildung eines grossen Hämatoms ohne Unterbrechung der Schwangerschaft.)
64. *Herrgott, A., Un cas de gangrène du col par injection caustique. Annales de gyn. et d'obst. 2. Serie. Bd. 11. p. 13.
65. *Herzberg, Zur Differentialdiagnose von Ovarialkystom und Hydramnion. Inaug.-Diss. Erlangen 1913.
66. *Hirsch, M., Fruchtabtreibung und Präventivverkehr im Zusammenhang mit dem Geburtenrückgang. Würzburg, C. Kabitzsch.
67. *— Der Bergoniésche Entfettungsstuhl als Abortivum. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 163.
68. *vom Hövel, M., Über kriminelle Eingriffe im Bereich der weiblichen Genitalien und ihre Folgezustände. Inaug.-Diss. Strassburg.
69. *Hofmeier, M., Geburtenrückgang und Kindersterblichkeit. Süddeutsche Monatshefte. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 1327.
70. Jacobs, J., Zur Diagnose der Schwangerschaft in den früheren Monaten. Inaug.-Diss. München. (Kritik der Frühsymptome.)
71. *Jakobson, W. L., Der zeitgemässe Abortus vom sozialen und medizinischen Standpunkt. Shurn. akusch. i shensk. bolesn. Ref. Gyn. Rundschau. Bd. 8. p. 299.
72. *De Jong, D. A., Intradermale und konjunktivale Schwangerschaftsreaktion. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 1502.
73. *Jorns, Zur willkürlichen Beschränkung der Geburtenzahl. Zeitschr. f. Med.-Beamte. Bd. 27. p. 53.
74. Josephson, Fall von Gebärmutterberstung in alter Kaiserschnittnarbe. Svenska Läkaresällsk. Handl. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 237.
75. *Jouvelet, La mort subite au cours des manoeuvre sabortives; étude médico-légale. Thèse de Bordeaux 1913/14.
76. Jung, Indikationen zur Schwangerschaftsunterbrechung und Tubensterilisation. Med. Ges. Göttingen. Sitzg. vom 4. Dez. 1913. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 40. p. 103. (Verwirft die soziale Indikation; in der Diskussion bespricht Lochte die verschiedenen Abtreibeinstrumente, besonders Spritzen, Stricknadeln, spitze Pinzetten, ferner Bougies, die zwischen Eihäute und Uteruswand eingeführt worden waren. Jung bedauert die vielfache Einführung des „Sterilетts“ von ärztlicher Seite und betont die Möglichkeit, dass trotz Liegen des Stiftes Schwangerschaft eintreten kann.)
77. *Kayser, Geburtshilfliche Röntgendiagnose. Fortschr. d. Röntgenstrahlen. Bd. 22. Heft 1.
78. *Kirste, Ruptur des Uterus während der Gravidität. Nürnb. med. Ges. u. Poliklin. Sitzg. vom 25. Juni. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 51. p. 1393.
79. *v. Klein, Reichsgerichtsentscheidung über den Kunstfehler einer Hebamme. Nordostdeutsche Ges. f. Gyn. Sitzg. vom 7. Febr. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 40. p. 1498.

80. *Knoop, Über die Gefahren der intrauterin angewendeten antikonzeptionellen Mittel. Niederrhein.-westfäl. Ges. f. Gyn. Sitzg. vom 29. Juni 1913. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 406.
81. — Zwei Fälle von Hydrorrhoea uteri gravidi amnialis. Niederrhein.-westfäl. Ges. f. Gyn. u. Geb. Sitzg. vom 20. April 1913. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 629.
82. *Kober, E., Über die Beziehungen von Gewicht und Länge der Neugeborenen zur Dauer der Schwangerschaft. Inaug.Diss. Tübingen 1913.
83. *Kommissionsbericht über den Gesetzentwurf betreffs den Verkehr mit Mitteln zur Verhinderung von Geburten. Ges. f. Geb. u. Gyn. Berlin. Sitzg. vom 13. März. Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. 76. p. 604.
84. *Krüger-Francke, Über Schwangerschaft ausserhalb der Gebärmutter und Unfall. Monatsschr. f. Unfallheilk. u. Invalidenwesen. Nr. 6.
85. *Kubinyi, P., Die moderne Abortusfrage. Pester med.-chir. Presse. Bd. 50. p. 7 ff.
86. *Küttner, O., Kaiserschnitt an der Toten und Sterbenden. Shurn. akush. i shensk. bolezn. 1913. p. 539.
87. *— Uterusruptur im siebenten Schwangerschaftsmonat. Shurn. akush. i shensk. bolezn. 1913. Nr. 4. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. p. 108.
88. *Kuntsch, Über Torpidität des Uterus und ausgetragene Gravidität trotz Retention einer intrauterinen Tamponade. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 199.
89. Kupferberg, Riesenkind. Ärztl. Kreisverein Mainz. Sitzg. vom 10. Febr. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 905. (12 Pfund.)
90. *Kurpjuweit, Zur Statistik der Fehlgeburten. Zeitschr. f. Med.-Beamte. Bd. 27. p. 132.
91. *Labhardt, A., Über ein häufiges Frühzeichen der Schwangerschaft. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 1017.
92. *Lansimaki, Verletzung des Septum vesico-vaginale. Mitteil. a. d. gyn. Klinik von Prof. Dr. O. Engström. Bd. 10. Heft 3.
93. *Lejbowitsch, Riesenkind. Gyn. Ges. Breslau. Sitzg. vom 25. Nov. 1913. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 206.
94. *— J., Die Häufigkeit und geburtshilfliche Bedeutung der Riesenkinder. Monatsschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 163.
95. *Leitsätze der Deutschen Gesellschaft für Rassenhygiene und zur Geburtenfrage. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 1568.
96. Lemeland, Un cas de grossesse extramembraneuse. Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn. de Paris. 1913. Dez.
97. Lewenhagen, Schwangerschaft ausserhalb der Häute. Svensk. Läkaresällsk. Handl. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 237.
98. Lienau, A., Über künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft bei Psychosen in psychiatrischer, rechtlicher und sittlicher Beleuchtung. Arch. f. Psych. Bd. 53. Heft 3. (Verteidigt die Berechtigung des bona fide ausgeführten Abortus bei Psychosen vom rechtlichen und sittlichen Standpunkt.)
99. *Limbler, A., Ein Fall von Uterusperforation durch einen Fremdkörper. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. Nr. 32.
100. *Lindemann, W., Zum Infektionsbild bei Abortus criminalis (Staphylococcus pyog. aureus haemolyticus und albus, Streptococcus anhaemolyticus und Bacillus aërogenes capsulatus), dessen Genese und Therapie. Brauers Beitr. z. Klin. d. Inf. u. z. Immunität. Bd. 1. Heft 3.
101. Lindquist, L., Fall von Graviditas extramembranacea. Allm. Svensk. Läkartidn. p. 456. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. p. 615. (Fruchtwasserabgang seit dem vierten Monate.)
101a. Lindsey, M., A case of gangren of the vagina. Journ. of Obst. and Gyn. of Brit. Emp. Bd. 20. Heft 6.
102. *Linnert, Uterus myomatosus mit Fremdkörper. Ärzteverein Halle a. S. Sitzg. vom 12. Nov. 1913. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 99.
103. *v. Liszt, Ein sonderbarer Abtreibungsfall. Ärztl. Sachverst.-Zeitg. Bd. 20. p. 309.
104. *Lorch, H., Zur Differentialdiagnose zwischen traumatischer Ruptur und Perforation der schwangeren Gebärmutter. Inaug.-Diss. Strassburg.
105. Manche, L., La responsabilité médicale au point de vue pénale. Paris 1913, L. Larose u. L. Tenin. (Behandelt besonders die ärztliche Verantwortlichkeit bei kriminellem und bei ärztlichem Abortus.)

106. Manslaughter in death from attempted abortion. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 62. p. 563. (Urteil des Obersten Gerichtshofs in Kansas, nach dem instrumentelle Abtreibung mit nachfolgendem Tod als Tötung bestraft wird.)
107. *Martin, A., Der intrauterine Stift. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. p. 665.
108. Meyer-Ruegg, Der Kampf gegen die kriminelle Fruchtabtreibung. Gyn. Helvetica. Frühjahrsausgabe. (Siehe Jahresber. Bd. 27, p. 904.)
109. *Nicholson, W. R., When, under the present code of medical ethics, is it justifiable to terminate pregnancy before the third month; what should our attitude be toward a patient upon whom a criminal operation has been performed; what should be our attitude toward those suspected of the performance of criminal operations? Amer. Journ. of Obst. Bd. 69. p. 1004 u. 1023.
110. *— A case report illustrating certain dangers in the use of the intrauterine stem. Amer. Journ. of Obst. Bd. 70. p. 608 u. 651.
111. *Nürnberger, L., Nachempfängnis- und Vererbungsfragen bei der Erzeugung rassedifferenter Zwillinge. Arch. f. Gyn. Bd. 102. p. 40 und Gyn. Ges. München. Sitzg. vom 17. Juli 1913. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 538.
112. *Oliver, J., The duration of pregnancy. Brit. med. Journ. Bd. 1. p. 453.
113. *v. Olshausen, Th., Ist die Beseitigung der aus einer Vergewaltigung der Mutter (Schändung durch einen Kosaken) hervorgegangenen Leibesfrucht durch den Arzt zulässig? Med. Klinik. Bd. 10. p. 1752.
114. *— Antikonzeptionelle Mittel und Gesetzgebung. Med. Klinik. Bd. 10. p. 438.
115. *Opitz, E., Über die Gefahren des Intrauterinstiftes. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 1233.
116. *Orthmann, E. G., Statistische Beiträge zur Häufigkeit der Fehlgeburten. Frauenarzt. Heft 2.
117. *Panek, K., Extraamniale Schwangerschaft. Sbornik lek. Bd. 13. Nr. 3 ff. Ref. Wiener med. Wochenschr. Bd. 64. p. 53.
118. *Peller, Einfluss sozialer Momente auf den körperlichen Entwicklungszustand der Neugeborenen. Das österreichische Sanitätswesen. Nr. 38. Beiheft.
119. — S., Das Gewicht des Neugeborenen nach der sozialen Lage und dem Ernährungszustande der Mutter. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 27. p. 327. (Widerlegung von Bondi [17].)
120. *Peters, Zum Kapitel: Schwangerschaftsdauer. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 329.
121. Pflichtwidrige Berufsausübung von Ärzten durch Ausstellung eines Gutachtens über ein zur Verhütung der Empfängnis bestimmtes Instrument. Entscheidung d. preuss. ärztl. Ehrengerichtshofs. Zeitschr. f. Med.-Beamte. Bd. 27. II. Beil. p. 141. (Betrifft ein „verbessertes Uterus-Schutzpessar“.)
122. *Pinard, A., Signes et diagnostic de la gestation, utérine et normale pendant sa première moitié. Annales de Gyn. et de Obst. 2. Serie. Bd. 11. p. 193.
123. Prigl, H., Zur Kasuistik der Fremdkörper der Harnröhre. Wiener med. Wochenschr. Bd. 64. p. 569. (Fall von Einführung einer beinernen Nadelbüchse zum Zweck der Fruchtabtreibung.)
124. *Prochownick und Rüder, Beratung und Beschlussfassung über die seitens der Niederrheinisch-westfälischen und anderer Gesellschaften für Geburtshilfe eingeleitete Bewegung gegen den Vertrieb und die Anwendung intrauteriner, empfängnisverhütender Mittel. Geb. Ges. Hamburg. Sitzg. vom 5. und 16. Mai. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 1169 u. 1213.
125. Prüsmann, Spontanruptur in der Schwangerschaft. Gyn. Ges. Dresden. Sitzg. vom 19. März. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 1136. (Eindringen von Deciduagewebe tief in die Kaiserschnittnarbe, in der die Ruptur erfolgt war.)
126. *Räuber, H., Unzureichende Gesetzgebung. Zeitschr. f. Med.-Beamte. Bd. 27. p. 462.
127. *Raphael, A., Geburts- und geburtshilfliche Statistik Kurlands. St. Petersb. med. Zeitschr. Bd. 39. p. 29 u. 36.
128. *Reid, E., An unusual complication of fibroid tumor in pregnant uterus. Journ. of Obst. and Gyn. of Brit. Emp. Bd. 26. Nr. 2.
129. *Richter, M., Über Luftembolie bei krimineller Abtreibung. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 620.
130. *Rieck, A., Zur Therapie der Amenorrhoe. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 1061.
131. — Notwendige Bemerkungen zu dem Aufsatz von Opitz: „Über die Gefahren des Intrauterinstiftes.“ Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 1393.

132. *Rosenbloom, J., und Ch. B. Schildecker, The successful isolation of ergotinin crystals from certain organs in a case of acute ergot poisoning. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 63. p. 1203.
133. *Rüder, Drei Fälle von totaler Uterusruptur. Nordwestdeutsche Ges. f. Gyn. Sitzg. vom 16. Mai. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. p. 428.
134. *Schaeffer, R., Über die Häufigkeit der Fehlgeburten. Frauenarzt. Heft 2.
135. *Schlank, Haarnadel in der schwangeren Gebärmutter. Gyn. Ges. Krakau. Sitzg. vom 28. Jan. 1913. Gyn. Rundschau. Bd. 8. p. 307.
136. *Schlegtendal, B., Vom Kampf gegen Unzucht und Unsittlichkeit. Zeitschr. f. Med.-Beamte. Bd. 27. p. 125.
137. *— Die Empfängnis und ihre Verhütung. Zeitschr. f. Med.-Beamte. Bd. 27. p. 329.
138. Schlossmann, Geburtenrückgang. Ges. f. soz. Med., Hyg. u. Medizinalstatistik. Sitzg. vom 27. Nov. 1913. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 40. p. 361. (In der Diskussion wird von Laserstein die Zunahme der Aborte als Faktor hervorgehoben.)
139. Sellet, Les gestations prolongées. Thèse de Paris. 1913.
140. Smith, W. G., Case of carbolic acid poisoning. R. Acad. of Med. in Ireland. Sitzg. vom 27. März. Brit. med. Journ. Bd. 1. p. 861 und Dublin Journ. of Med. Sciences. Bd. 137. p. 321. (Selbstvergiftung einer im 6.—7. Monate Schwangeren durch Einnahme eines Teelöffels flüssiger Karbolsäure; Heilung.)
141. Spinner, J., Periodenstörungsmittel; ein Beitrag zur Kenntnis des kriminellen Kurpfuschertums. Gross' Arch. Bd. 54. p. 226. (Bezeichnet die als „Periodenstörungsmittel" in den Handel gebrachten Geheimmittel tatsächlich als Abtreibemittel und schlägt zu deren Bekämpfung Massregeln im Wege internationaler Übereinkunft vor.)
142. Standesunwürdiges Verhalten eines Arztes durch Herausgabe einer die Anwendung von Konzeptionsverhinderern öffentlich anpreisenden Broschüre. Entscheidung des ärztl. Ehrengerichtshofs. Zeitschr. f. Med.-Beamte. Bd. 27. Beilage II. p. 153.
143. Strafbare Anpreisungen von empfängnisverhindernden Mitteln, Geheimmitteln gegen Menstruationsstörungen etc., Zeitschr. f. Med.-Beamte. Bd. 27. II. Beilage. p. 1, 9, 20, 64, 68, 73, 74, 75, 76, 77, 83, 85, 93, 94.
144. *v. Streit, Intrauterinpessar. Niederrhein.-westfäl. Ges. f. Gyn. Sitzg. vom 20. April 1913. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 398.
145. *v. Sury, K., Abtreibungsversuch mit Safrantinktur. Ärztl. Sachverst.-Zeitg. Bd. 20. p. 389.
146. *Thoenes, Kasuistischer Beitrag zur traumatischen Ruptur des schwangeren Uterus. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 92. Heft 4.
147. Threlkeld, A. E., Diagnosis of pregnancy. Kentucky Med. Journ. Bowling Green. Bd. 12. Nr. 13.
148. *Triepel, H., Das Alter menschlicher Embryonen. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 51. p. 1549 u. 1440.
149. Tschubinski, M. P., Die Abortusfrage in der zeitgemässen Gesetzgebung und ihre wünschenswerte Erledigung. Shurn. akusch. i shensk. bolezn. Ref. Gyn. Rundschau. Bd. 8. p. 299. (Will den gesetzlichen, den ungesetzlich nicht strafbaren und den ungesetzlich strafbaren Abort unterschieden wissen; unbedingt strafbar ist der professionelle Abort.)
150. *Turenne, Avortement provoqué pour grossesse extrautérine. Arch. mens. d'Obst. de Gyn. 1913. Okt.
151. *Veit, Besprechung der Eingabe der niederrheinisch-westfälischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe. Freie Vereinigung mitteldeutscher Gynäkologen. Sitzg. vom 1. Febr. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 845.
152. Vicarelli, G., Berufskrankheiten in ihrer Wirkung auf Schwangerschaft. Ann. di Ostetr. e Ginec. 31. März. (Bespricht die Einwirkung von Berufsarbeiten, besonders von Fabrikarbeit auf die Schwangerschaft und auf das Kind, besonders die Schädigung chronisch wirkender Gifte, Blei, Arsen, Antimon, Quecksilber, Phosphor, Tabak; als Abort hervorrufend werden besonders Blei und Phosphor beschuldigt.)
153. *Wanner, Demonstration der gebräuchlichen Intrauterinpessare und Intrauterinspritzen. Niederrhein.-westfäl. Ges. f. Gyn. Sitzg. vom 29. Juni 1913. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 432.
154. *Welsch, H., Le diagnostic de la grossesse par la méthode d'Abderhalden; son application en médecine légale. Annales d'Hygiene publ. et de Méd. legale. Serie 4. Bd. 21. p. 497.

155. Winter, Bekämpfung des kriminellen Abortus. Nordostdeutsche Ges. f. Gyn. Sitzg. vom 20. Juni. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. p. 319. (Beschliessung einer Enquête über die Frage.)
156. *Wyder, Th., Der Geburtenrückgang. Zürich, Schulthess u. Comp.
157. *Yoshioka, R., Einfluss des Konzeptionstages auf die Schwangerschaftsdauer. Inaug.-Diss. München.
158. Zacharias, Riesenkind. Nürnb. med. Ges. u. Poliklin. Sitzg. vom 27. Nov. 1913. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 849. (14 Pfund schwer, Plazenta 875 g schwer; alle fünf Kinder der betreffenden Mutter waren solche Riesenkinder.)
159. *Zengerle, Ein Fall von Sectio caesarea post mortem. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 1021.

Frühdiagnose der Schwangerschaft.

Pinard (122) erklärt die Methode Puzos' (bimanuelle Betastung des Uterus der Länge mit Prüfung der Gestalt und Beweglichkeit) für ein sicheres Mittel, um die „klinische" Gewissheit über das Bestehen einer Schwangerschaft zu erhalten. Die Ermittelung des Hegarschen Zeichens erklärt er als für französische Frauen zu brutal. Die „gerichtlich-medizinische" Gewissheit wird nur durch den direkten Nachweis des Fötus oder Eies gewonnen. Die Methoden der Serumdiagnostik befinden sich noch im Stadium des Versuches.

Labhardt (91) beschreibt als erstauftretendes Schwangerschaftszeichen einen an der Vorhofschleimhaut ½—1 cm unterhalb der Urethralmündung quer verlaufenden, ¼ bis ½ cm breiten lividen Strich, der in der 5.—6. Schwangerschaftswoche als Beginn der weinhefenen Schleimhautverfärbung auftritt und den er auf die Verbindungsgefässe der beiden Bulbi vestibuli zurückführt.

Eben (35) konnte in 15 Fällen aus der Zunahme des Dickendurchmessers des Uterus (Dickinson) und aus der Zunahme der Anteflexion innerhalb der ersten 32—52 Tage Schwangerschaft nachweisen. Die Kutanreaktion mittelst Plazentaextrakten blieb nach Ebens Versuchen negativ.

Welsch (154) bestätigt den Wert der Abderhaldenschen Methode für den Nachweis der Schwangerschaft, aber auch besonders für die Entscheidung, ob Blutflecken von einer heimlichen Geburt oder Fehlgeburt herrühren, und für die Unterscheidung des mütterlichen und kindlichen Blutes.

Blumenthal und Fränkel (13) erklären die Meiostagminreaktion schon in sehr frühem Stadium der Schwangerschaft als für die Diagnose verwertbar.

Engelhorn und Wintz (39) fanden bei Schwangerschaft eine konstante Hautreaktion nach Impfung mit Plazentarextrakt („Placentin"), die schon von der siebenten Woche an positiv zu erhalten ist. Bei allen Nichtschwangeren blieb die Reaktion negativ, nur in der prämenstruellen Zeit trat leichte Reizung der Impfstellen auf.

Esch (40) konnte bei intrakutaner Injektion von Plazentarpresssaft und von durch fraktionierte Ammoniumsulfatfällung gewonnenen Plazentareiweissstoffen nur einen quantitativen, nicht einen qualitativen Unterschied bei Schwangeren und Nichtschwangeren beobachten.

De Jongs (72) Versuche mit intrakutanen Injektionen von Aufschwemmung getrockneten Plazentargewebes und mit Konjunktivalinstillationen lieferten kein für die Schwangerschaftsdiagnose verwendbares Ergebnis.

Kayser (77) fand, dass die Röntgendurchleuchtung bei Schwangeren vom Ende des fünften Monats an einwandfreie positive Befunde ergibt; im dritten und vierten Monat gehören positive Befunde zu den Seltenheiten.

Dauer der Schwangerschaft.

Haberda (61) weist auf die feststehenden Beobachtungen hin, dass einerseits nach vollständig abgelaufener Schwangerschaft, ja selbst nach überlanger Dauer Kinder unter dem Durchschnitt, andererseits übergrosse Kinder bei kürzerer Schwangerschaftsdauer geboren werden können. Er stellt den Satz auf, dass, wenn bei einem reifen oder nahezu reifen Kind selbst 1—2 Monate auf die Durchschnittsdauer der Schwangerschaft fehlen, oder wenn ein Monat und selbst etwas mehr über diese Durchschnittszahl vom Beischlaf bis zur Geburt vergangen sind, man die Möglichkeit der Zeugung innerhalb des konkreten Zeitraums nicht für ausgeschlossen erklären kann. Andererseits soll bei vorhandenen Reifezeichen unter die Grenze von 220 Tagen nicht heruntergegangen werden. Endlich soll festgehalten werden,

dass ein unreifes, etwa 45 cm langes und 2000—2500 g schweres Kind nach gewöhnlich langer und ein bloss reifes, nicht überreifes Kind nach über 300 Tage währender Schwangerschaft geboren werden kann. 12 Begutachtungsfälle werden mitgeteilt.

In der Diskussion legt Marx Gewicht auf den vom Gesetz gebrauchten Ausdruck „den Umständen nach offenbar unmöglich", der unter Berücksichtigung anderer Umstände ausser der kindlichen Entwicklung die Abgabe eines bestimmten Urteils zuweilen gestattet.

Yoshioka (157) glaubt, dass in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle das Ei der zuletzt vorhandenen Menstruation (Pflüger) befruchtet wird.

Triepel (148) betont, dass das Menstrualalter der Embryonen (vom Beginn der letztvorhandenen Menstruation) gegenüber dem wahren Alter um 15—24 Tage zu hoch ist, was dem Zeitunterschied zwischen Menstruation und Konzeption (Ovulation) entspricht. In der 3.—8. Woche tritt eine Beschleunigung des Wachstums auf. Vom Ende des 3. bis Ende des 6. Menstrualmonats verlangsamt sich für die Scheitelfersenlänge das Wachstum, vom Ende des 6. bis Ende des 10. schreitet es gleichmässig fort. Kop und Rumpf zusammen nehmen vom Ende des 4. Menstrualmonats an fast bis zum Ende der Schwangerschaft im Monat um 4 cm zu. In der Diskussion macht L. Fränkel auf das zuweilen sprunghafte Wachstum des Embryos aufmerksam, wodurch es kommen kann, dass sicher übertragene nicht überreif zu sein brauchen und Frühgeborene mit den Zeichen der Reife geboren werden können.

Peller (118) betont den Einfluss der sozialen Verhältnisse (Ruhe und Ernährung) auf die körperliche Entwicklung der Neugeborenen.

Oliver (112) berechnet die Schwangerschaft vom ersten Tage der erst ausgebliebenen Menstruation und schätzt die Dauer auf 251 Tage.

Strassmann (c. 48) beobachtete um 4½ Wochen verspätete Geburt eines 55 cm langen und 5750 g schweren Kindes.

Kober (82) berechnet aus 824 Fällen die Dauer der normalen Schwangerschaft a menstruatione auf 280,9, a cohabitatione auf 269,3 Tage. Normales Gewicht und normale Länge der Kinder stimmen nicht immer miteinander überein, so dass Länge und Gewicht gleichzeitig zu berücksichtigen sind; allerdings scheint die Länge als die konstantere Grösse grössere Bedeutung zu haben.

Peters (120) erklärt unter Anerkennung der Befruchtung des der erst ausgebliebenen Menstruation zugehörigen Eichens die Schwangerschaftsdauer von 280 Tagen für zu lang und fordert zur Aufstellung genauerer Statistiken auf. Die Häufigkeit einer übertragenen Schwangerschaft und von Riesenkindern wird auf 2,8% geschätzt und die Hinausschiebung des gesetzlichen Termins für Anerkennung nachgeborener Kinder auf 310—320 Tage gefordert.

Leibowitsch (93, 94) beobachtete die Geburt eines leicht mazerierten Kindes von 65 cm Länge und 6250 g Gewicht. Über Dauer der Schwangerschaft werden Angaben nicht gemacht. In der Breslauer Klinik wird die Häufigkeit der 4400—5000 g schweren Kinder auf 0,6% berechnet, die überwiegende Zahl (88%) trifft auf Kinder Mehrgebärender. In einem Drittel war ein Übertragen um durchschnittlich zwei Wochen sehr wahrscheinlich. Dagegen wird andererseits die Geburt eines 4700 g schweren Kindes nach 250tägiger Schwangerschaft erwähnt. In vielen Fällen waren auch die früheren Kinder derselben Mütter sehr gross gewesen.

Gatchell (48) berichtet über die Geburt eines 18 Pfund schweren Kindes (= etwa 8000 g) von 23 Zoll Länge und 15 Zoll Kopfumfang. Über die Dauer der Schwangerschaft wird nichts bemerkt.

Häufigkeit und Verbreitung der kriminellen Fruchtabtreibung.

Fritsch (46) bespricht als Gründe der immer allgemeiner werdenden Fruchtabtreibung die Scheu vor den Beschwerden der Schwangerschaft und Geburt, die Vergnügungssucht etc. und hebt auch das Überhandnehmen der Abtreibung in den Arbeiterfamilien hervor.

Fiessler (42) anerkennt das Recht des einzelnen, der ihm unerwünschten Fortpflanzung durch Präventivverkehr vorzubeugen, bezeichnet dagegen eine Sterilisation aus rein persönlicher Willkür oder Bequemlichkeit als ungerechtfertigte Verletzung staatlich geschützten Gutes. Auch die Sterilisation aus rassehygienischen Gründen wird anerkannt. Der Abortus soll bei Schwängerung durch Notzucht als berechtigt anzuerkennen sein und dem Fötus sollen Menschenrechte erst bei der Geburt zuzusprechen sein. Für die Abtreibung wird eine Staffelung des Strafausmasses befürwortet, je nachdem der Fötus noch nicht lebensfähig ist (Grenze 25. Schwangerschaftswoche) oder sich der Reife nähert.

v. Olshausen (113) spricht sich dafür aus, dass im Interesse der Ärzte eine Bestimmung in das Strafgesetzbuch aufgenommen werde, dass die Einleitung des Abortus zur Beseitigung einer nicht anders abwendbaren Lebensgefahr oder einer dauernden schweren Gesundheitsschädigung straflos sein soll. Bei Schwängerung durch Notzucht soll wenigstens eine Strafmilderung platzgreifen. Bei Vergewaltigung im Kriege kann die Gemütsverfassung eines unbescholtenen deutschen Mädchens, das z. B. ein in der Notzucht erzeugtes Kosakenkind zur Welt bringen soll, derartig sein, dass der Arzt sich zur Aborteinleitung entschliesst. Er würde sich in diesem Falle nicht strafbar machen.

Nicholson (109) erklärt den künstlichen Abort für gerechtfertigt bei Erkrankungen, die bei Fortdauer der Schwangerschaft Leben oder Gesundheit der Frau bedrohen, auch wenn eine augenblickliche Gefahr noch nicht besteht. Eine gerichtliche Anzeige seitens des Arztes im Falle von kriminellem Abort muss abgelehnt werden. Nur wenn eine Sterbende den Abtreiber nennt, soll erlaubt sein, gegen diesen vorzugehen. Das Publikum soll über die Verwerflichkeit der Abtreibung aufgeklärt werden. Bei Verdacht auf einen kriminellen Eingriff darf keine Anzeige erstattet werden. Es ist Pflicht der Ärzte, gegen die in ihren Reihen befindlichen Abtreiber mit aller Entschiedenheit vorzugehen und jede Standesgemeinschaft mit ihnen abzulehnen.

Die eingehende Diskussion in der New York und Philadelphia Obstetr. Soc. ergab im wesentlichen Zustimmung zu den Thesen Nicholsons.

Bleichröder (12) weist die enorme Zunahme der Fehlgeburten in den Berliner Krankenanstalten besonders seit dem Jahre 1909 nach, die auf systematisch geübte Abtreibung hindeutet.

Orthmann (116) ermittelte für die geburtshilfliche Poliklinik Berlin eine Zunahme der Aborte in neun Jahren um 5%, für die gynäkologische Poliklinik in den letzten zwei Jahren um 0,1%. Bei Verheirateten nahm die Zahl in den letzten vier Jahren um 4,6% ab, bei Unverheirateten entsprechend zu.

Hirsch (66) schätzt 80% aller Aborte als kriminell und führt die Überhandnahme der Fruchtabtreibung auf den wirtschaftlichen Notstand, zum Teil auf wirkliche Not zurück, zum Teil auch auf die bestehende Furcht vor Schwangerschaft und Geburt. Man sollte die Fruchtabtreibung nicht lediglich als Verbrechen, sondern als einen Akt der Notwehr ansehen, als welcher sie auch vom Gesetz behandelt werden soll (? Ref.). Alle bisher vorgeschlagenen Mittel zur Einschränkung der Fruchtabtreibung, ferner auch das Verbot des Verkaufs antikonzeptioneller Mittel sind ungeeignet, sondern es soll auf Herabminderung der Sterblichkeit und auf grosszügige Pflege einer rationellen Fortpflanzung und Rassenhygiene hingewirkt werden.

Kubinyi (85) betont die Zunahme der Häufigkeit des Abortus und die Häufigkeit der septischen Erkrankung nach kriminellem Abortus. Nach Erörterung der Motive des kriminellen Abortus verwirft er die soziale Indikation und betont die Wichtigkeit der materiellen Versorgung der Schwangeren und die Besserung der Lage der Hebammen. Ob die obligatorische Anzeigepflicht der Aborte diese einzudämmen imstande ist, ist zweifelhaft. Auf alle Fälle ist die Verminderung der Fruchtbarkeit ein Zeichen des Niedergehens der Rasse.

Schäffer (134) erklärt die Zunahme der Aborte für eine bedrohlich hohe und empfiehlt die Wiedereinführung des Kurpfuschereiverbotes für Geschlechts- und Frauenleiden und eine scharfe Betonung und Durchführung der Dienstvorschriften für Hebammen und besonders eine erheblich schärfere Beaufsichtigung der Tätigkeit der Hebammen bei Fehlgeburten.

Alexander (3) führt Konzeptionsbehinderung und Fruchtabtreibung als wesentliche Ursachen des Geburtenrückgangs an und will Verkauf und Ankündigung von dahinzielenden Mitteln gesetzlich verboten wissen. Besonders wird der Vertrieb von Abtreibemitteln durch Hausiererinnen, die in Wirklichkeit als Abtreiberinnen zu bezeichnen sind, hervorgehoben.

Bücheler (23) beschuldigt Empfängnisbehinderung und Abtreibung als wichtige Ursachen des Geburtenrückgangs und befürwortet die Unterdrückung des Verkaufs von Intrauterinpessarien und ähnlichen empfängnisbehindernden und Abtreibemitteln. Für die Ärzte wird die Pflicht grösster Zurückhaltung bei Schwangerschaftsverhütung und Aborteinleitung gefordert, namentlich soll letztere nur nach dem übereinstimmenden Urteil dreier Ärzte, darunter eines beamteten, ausgeführt werden. In der Diskussion wendet sich besonders Heil gegen die soziale Indikation der Aborteinleitung.

Grotjahn (56) sieht ebenfalls in der ausgedehnten Anwendung von Präventivmitteln die Ursache des Geburtenrückgangs und zählt die gebrauchten Präventivmittel, sowie die kriminellen Abtreibeverfahren in eingehender Weise auf.

Hofmeier (69) hält die völlige Unterdrückung des Verkaufs von Präventivmitteln für nutzlos und glaubt, dass sie die Zahl der kriminellen Aborte steigern würde.

Wyder (156) erklärt die kriminelle Fruchtabtreibung für einen wichtigen Faktor des Geburtenrückgangs und für ein Zeichen der Volksdegeneration, wobei er besonders auf die Häufigkeit der kriminellen Aborte in Genf hinweist. Ausserdem tadelt er die viel zu häufige und ärztlicherseits oft unnötig ausgeführte tubare Sterilisation.

Curtius (27) beschuldigt die schrankenlose Ausbreitung der antikonzeptionellen und der Abortivmittel als Ursache des Geburtenrückgangs und empfiehlt die energische Handhabung der bestehenden Gesetze gegen den Verkauf und die Anpreisung dieser Mittel, deren Empfehlung und Weiterverbreitung auch vielfach von Ärzten in einer die Ehre des Standes verletzenden Weise gefördert wird.

v. Gruber (57) hebt unter den Faktoren, die den Geburtenrückgang bewirken, besonders die Fruchtabtreibung und die Konzeptionsverhütung hervor und verlangt die Unterdrückung des Verkehrs mit Mitteln zur Konzeptionsverhütung und Bestrafung der Beihilfe zur Fruchtabtreibung.

Jakobson (71) hebt auch für Russland die rasch zunehmende Zahl der Aborte hervor und schätzt drei Viertel aller Aborte als kriminell. Strenge Strafandrohung ist wirkungslos, dagegen sollten die Frauen über die Gefahren der Aborteinleitung für Leben und Gesundheit belehrt werden.

Kurpjuweit (90) weist auch für Landbezirke die Zunahme der Aborte nach, die besonders in den kleineren Städten gegenüber der eigentlichen Landbevölkerung und in den Kreisen der Arbeiter, Handwerker, Gewerbetreibenden, sowie bei den kleineren Beamten erheblich grösser ist als bei der bäuerlichen Bevölkerung. Als häufiges Abtreibemittel wird für den Kreis Usedom-Wollin die Sabina genannt. Es wird die Registrierung der Aborte seitens der Hebammen gefordert.

Raphael (127) ermittelte für Kurland einen erheblichen Geburtenrückgang, unter dessen Ursachen er Empfängnisverhütung und Fruchtabtreibung beschuldigt. In der Diskussion betont Keilmann die erschreckende Zahl der durch Hebammen ausgeführten kriminellen Aborte, ebenso auch Christiani.

Turenne (150) hebt auch für Südamerika die enorme Zunahme der kriminellen Aborte und die Geschicklichkeit der gewerbsmässigen Abtreiber hervor, so dass nur selten eine schwere Infektion oder eine Uterusperforation vorkommt. Die Geburtenziffer ist von 41 auf 32—33‰ gesunken. Ein Fall von versuchter Abtreibung bei Extrauterinschwangerschaft wird mitgeteilt.

Bekämpfung des künstlichen Abortus und der Empfängnisbehinderung.

Die Niederrheinisch-westfälische Gesellschaft für Gynäkologie stellte im Hinblick auf den zunehmenden Rückgang der Geburtenziffer, der zu einem grossen Teil dem immer mehr überhand nehmenden Gebrauch empfängnisverhütender Mittel zuzuschreiben ist, folgende Resolution zur Diskussion auf:

„1. Die Gesellschaft erkennt die Anwendung der Intrauterinstifte (sog. Steriletts), ebenso der sog. Mutterspritzen, deren Kanüle eine Einführung in die Gebärmutter ermöglicht, für gesundheitsschädlich und für ein Abortivmittel. 2. Die Herstellung solcher Instrumente im Inlande, die Einführung vom Auslande, die öffentliche Ankündigung, das Feilhalten, das Überlassen an andere, sowie ihre Anwendung ist zu untersagen."

In dem ersten Referate gelangt Knoop (80) unter Hervorhebung der Schädlichkeit und namentlich der abortiven Wirkung von Mutterspritze und Sterilett und unter Bezugnahme auf die Lübecksche Polizeiverordnung über die Strafbarkeit empfängniswidriger Mittel zur Aufstellung folgender Thesen: „1. Die sog. Mutterspritze mit dünnem Ansatzrohr ist ein ausserordentlich gefährliches Instrument, dient so gut wie ausschliesslich zur kriminellen Fruchtabtreibung und deshalb ist Fabrikation, Einfuhr und Verkauf zu verbieten. 2. Der Gebrauch des Steriletts ist durch ganz Deutschland verbreitet; es ist auch in sachkundiger Hand gefährlich, richtet aber seinen Hauptschaden durch Verwendung in Laienhänden an. Es verhindert die Empfängnis nicht, führt aber oft zu Abort mit schlimmen Folgen, die in schwereren Fällen zum Tode, sonst zu Entzündungen mit häufig nachfolgender Aufhebung des Konzeptionsvermögens führt." Knoop stellt deshalb als Mindestforderung auf, dass das Auslegen des Steriletts in Schaufenstern, jede öffentliche Anpreisung und jeder Verkauf an Laien verboten wird und dass es deshalb nur in Apotheken auf ärztliches Rezept und nur zu Händen des Arztes abgegeben werden dürfe.

Gammert (60) stellt als Resultat einer Umfrage an 175 Ärzte die Schädlichkeit beider Mittel dar, indem er nach Gebrauch des Steriletts 72 Abortfälle (darunter 61 fieberhafte!) und 13 Todesfälle, für die Mutterspritze über 100 Todesfälle innerhalb der letzten fünf Jahre bekanntgibt. Auch dieser Referent kommt zu dem Schlusse, dass Fabrikation und Einfuhr des Steriletts geseztlich zu verbieten ist, weil es geeignet ist, die Gesundheit zu schädigen, die Empfängnisfähigkeit dauernd zu vernichten und tödliche Infektionen herbeizuführen, ferner dass in gleicher Weise die Fabrikation und Einfuhr der Mutterspritze, die offensichtlich nur zum Fruchtabtreiben benutzt wird, gesetzlich zu verbieten ist.

Vom juristischen Standpunkt aus weist Bach (7) darauf hin, dass der Gebrauch empfängnisverhütender Mittel, die unter die zu unzüchtigem Gebrauche bestimmten Mittel zu rechnen sind, bereits mit Strafe bedroht ist (R.Str.G.B. § 184, Ziffer 3), dass die fahrlässige Körperverletzung nur dann unter Strafe gestellt ist, wenn sie von einer dritten Person, nicht aber, wenn sie von einer Person am eigenen Körper begangen wird, und dass nur die vorsätzliche, nicht aber die fahrlässige Abtreibung mit Strafe bedroht wird. Da aber Mutterspritze und Intrauterinpessare auch von Ärzten als Heilmittel bei gewissen Zuständen angewendet werden, hält er den zweiten Teil der Resolution für zu weitgehend und will, dass diese Mittel nur in Apotheken an Ärzte oder auf ärztliche Verordnung abgegeben werden dürfen und dass ihr Herstellen, Feilhalten, Verkaufen und Überlassen an andere ohne polizeiliche Erlaubnis unter Strafe zu stellen ist.

Wanner (153) demonstrierte hierauf die gebräuchlichen Sterilette und Mutterspritzen mit langem dünnen Ansatzrohr und betont bezüglich der letzteren, dass sie von Ärzten nicht gebraucht, sondern ausschliesslich von Laien als Abtreibemittel benützt werden.

In der darauffolgenden eingehenden Diskussion stellen sich besonders Coqui, Zimmermann, Wollenweber, Everke und Schneider ganz, Bornträger, v. Franqué, Rust, Statz und Heimberger grösstenteils auf den Boden der vorgeschlagenen Resolution. Schliesslich wird der Punkt I der Resolution angenommen und im übrigen die Frage an eine aus Ärzten und Juristen zusammengesetzte Kommission verwiesen. Diese Kommission formulierte die Resolution in folgender Weise:

„1. Die Niederrheinisch-westfälische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe hält die Anwendung der Intrauterinstifte (sog. Steriletts), ebenso der sog. Mutterspritzen, deren Kanüle eine Einführung in die Gebärmutter ermöglicht, für geeignet, Abort, Krankheit, Siechtum und Tod herbeizuführen. 2. Die Gesellschaft bittet deshalb das Reichsjustizamt, im Wege der Gesetzgebung, insbesondere im Strafgesetzbuch, in der Gewerbeordnung, im Patentgesetz, sowie durch Einfuhrverbot dahin wirken zu wollen, dass die Herstellung, der Verkauf und die Überlassung der vorbezeichneten gesundheitsschädlichen Gegenstände verhindert werde."

Prochownik (124) erkennt die Schädlichkeit der empfängnisverhütenden und Abtreibemittel (Sterilette, Spritzen etc.) nicht nur in der Hand der Laien und Kurpfuscher, sondern auch in der Hand der Ärzte an, glaubt aber, dass nur dadurch dem Unfug gesteuert werden kann, wenn ein gesetzliches Verbot der Behandlung sämtlicher Frauenleiden durch nicht-approbierte Personen ausgesprochen würde.

Rüder (124) erwähnt zwei Fälle von kriminellem Abort, einen durch Perforation und einen unter Bildung eines Abszesses (Fränkelscher Gasbazillus) in der Uteruswand, glaubt aber, dass mit dem Verbot des Vertriebes dieser Mittel nichts erreicht werde und verlangt daher die Anerkennung der Straflosigkeit der Frauen, an denen das Verbrechen ausgeführt worden ist, etwa unter Einführung einer bedingten Verurteilung.

In der Diskussion weisen Ströder und Schottmüller auf die hohe Mortalität bei Aborten hin, wobei besonders auch die Häufigkeit der Selbstabtreibung durch die Schwangeren hingewiesen wird. Staude und Seifert sprechen sich ebenfalls für Straflosigkeit der Frauen bei Aborteinleitung durch professionelle Abtreiber aus, Schottmüller wenigstens für Strafmilderung, ausserdem für Erleichterung der Niederkunft junger Mädchen und für Fürsorge für uneheliche Kinder. Westberg betont die Schwierigkeit der Aufstellung wirksamer Gesetze und verlangt im neuen Strafgesetzbuch eine Bestimmung, dass nicht-approbierte Personen ohne weiteres wegen fahrlässiger Abtreibung bestraft werden sollen, sofern sie Krankheiten, Leiden oder Zustände an den weiblichen Geschlechtsorganen behandelt haben. Seeligmann will die spitzen Spritzenansätze und die gefährlichen Gummiapparate aus dem freihändigen Verkaufe entfernt wissen. Lomer erwartet nur von der Besserung der sozialen Verhältnisse eine Einschränkung der Abtreibungen.

In der Diskussion der Breslauer gynäkologischen Gesellschaft (1) über den Antrag der Niederrheinisch-westfälischen Gesellschaft betreffend die Aktion gegen die empfängnisverhütenden bzw. Abort bewirkenden Mittel demonstriert Marmetschke Präparate von

tödlichen Fällen nach intrauterinen Einspritzungen mittelst Metall- und Ballonspritzen mit spitzem Ansatz; in zwei Fällen war der Tod durch Sepsis. in zwei Fällen sofortiger Tod durch Lungenembolie und in einem Falle durch Holzessigvergiftung eingetreten. Es fanden sich mehr minder erhebliche Verletzungen des Uterus, einmal ausgedehnte Cervixzerreissung und jauchige Parametritis nach Abtreibung. Endlich wird über eine Cervixverletzung nach Einführung eines Intrauterinstiftes seitens einer Hebamme bei retroflektiertem Uterus und eitriger Parametritis (Genesung) berichtet. Asch bedauert das Nichtausreichen der Gesetze, besonders der Heranziehung der Bestimmungen gegen die Mittel, die zum unzüchtigen Gebrauch bestimmt sind, und will die Unterdrückung des Vertriebes empfängnisverhütender Mittel von der strafrechtlichen Verfolgung solcher Mittel getrennt wissen, die unter der Marke antikonzeptioneller Zwecke verbrecherischen Absichten Vorschub leisten. Er verlangt die Kennzeichnung derjenigen Mittel, die von keinem Arzt und keiner Hebamme angewendet werden dürfen und allein zur kriminellen Abtreibung dienen. Für die Verbreitung der Abtreibung wird besonders der Vertrieb der sogenannten Naturheilbücher beschuldigt. Biermer bespricht die schweren Schädigungen durch den Hollwegschen „Frauenschutz" und durch den Gebrauch sogenannter „Mutterspritzen". Alexander hebt die Betätigung des Kurpfuschertums und den Einfluss der Zeitungsreklame (Ankündigung von Menstruationsmitteln, die zur Gewinnung der Kundschaft für instrumentelle Abtreibung dienen) hervor, ferner die Art des Vertriebs solcher Mittel, besonders durch Hausiererinnen. Dennoch kann durch die Annahme der Vorschläge der Niederrheinisch-westfälischen Gesellschaft die Freiheit der ärztlichen Kunst und Wissenschaft gefährdet werden. Courant spricht sich für scharfe Massregeln gegen Abtreibung, aber nicht für solche gegen die Anwendung empfängnisverhütender Mittel aus. Courant und Küster bezeichnen die Einführung von Fil de Florence-Fäden als Abtreibemittel. Küstner, E. Fränkel und Krinke erklären das Verbot des Verkaufs gewisser Instrumente als verfehlt, da diese Instrumente auch von ärztlicher Seite, also nicht bloss zu unzüchtigen und Abtreibezwecken verwendet würden und Krinke schlägt daher nur eine Beschränkung des Gebrauchs dieser Mittel vor. Die von der Breslauer Gesellschaft schliesslich angenommenen Sätze lauten folgendermassen: 1. Die Gesellschaft verwirft die nicht-ärztliche Anwendung der Intrauterinstifte, ebenso die sog. Mutterspritzen. deren Kanüle eine Einführung in die Gebärmutter ermöglicht, im Hinblick auf die bei nichtärztlichem Gebrauche möglichen Gefahren (Abort, Krankheit, Siechtum und Tod); 2. die Gesellschaft hält geeignete Massregeln für erforderlich, um den Verkauf und die Überlassung der bezeichneten Gegenstände an Nicht-Ärzte zu verhindern; 3. die Gesellschaft hält, um gewerbsmässigen Abtreibern das Handwerk zu legen, ein gesetzliches Verbot der Behandlung aller Krankheiten, Leiden und Zustände an den weiblichen Geschlechtsorganen durch nicht entsprechend approbierte Personen für das zweckmässigste Mittel.

In der Diskussion der Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie zu Leipzig (33) über den gleichen Gegenstand hebt Veit die Gefahr hervor, dass die ärztliche Tätigkeit durch polizeiliche Massregeln beaufsichtigt werde und dass andererseits die Ärzte, die aus Überzeugung den antikonzeptionellen Bestrebungen nachgeben, gegen ein solches Verbot Opposition machen würden. Er glaubt, dass die ärztliche Anwendung empfängnisverhütender Mittel nur dann berechtigt ist, wenn eine Behörde diese Massregel beschliesst. Vor allem sollte sich der Kampf gegen den Geburtenrückgang mit der Bekämpfung des kriminellen Abortus beschäftigen. Er erklärt sich jedoch mit dem Vorschlag einverstanden, dass der Handel mit den betreffenden Mitteln nur dann erlaubt werden solle, wenn sie von Ärzten verordnet sind.

Zweifel sieht in der Anwendung der Sterilets und der Mutterspritzen mit langen dünnen Ansätzen eine grosse Gefahr für die Behandelten und wünscht, dass Ärzte eine derartige Verordnung wie bei Rezepten durch ihre Namensunterschrift decken. Die Erklärung der Einführung des Sterilets und des Verkaufs von Mutterspritzen als Körperverletzung hält er für sehr bedenklich, aber auch aus juristischen Gründen für unrichtig, denn auch Pfuschern, die diese Mittel anwenden, muss zugebilligt werden, dass sie einen Vorsatz zur Gesundheitsschädigung damit nicht verfolgen. Mit der Straffreilassung der Schwangeren, die an sich indikationslos einen Abort einleiten lassen, kann er sich in Übereinstimmung mit Veit eher einverstanden erklären. Skutsch hält die Benützung empfängnisverhütender Mittel nicht für möglich, will aber die gefährlichen intrauterinen Mittel den Händen der Laien entzogen wissen. Poetter hält es nicht für angängig, die Anwendung solcher Mittel als Körperverletzung zu erklären, wünscht aber energisches Einschreiten gegen alle Personen — auch gegen Ärzte — welche sich berufsmässig mit Vertrieb, Empfehlung und Anwendung derselben befassen. In Leipzig ist ihr Verkauf ohne ärztliche Verordnung bereits verboten worden. Er stimmt mit Veit darin überein, dass die unzeitige Entfernung der

Frucht — abgesehen von dringlichen Fällen — nur von einer Art Gerichtshof beschlossen werden darf.

Die in der Berliner Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie gewählte Kommission (83) stellte folgendes Gutachten auf: 1. Der Verkauf von stielförmigen Pessarien und Mutterspritzen mit langem Ansatz ist auf Apotheken und auf ärztliches Rezept hin zu beschränken. 2. Die übrigen antikonzeptionellen Mittel (Kondom, Irrigator, Okklusivpessare, spermatötende Mittel) unterliegen keiner Verkehrsbeschränkung. 3. Wiedereinbringung des Gesetzes zur Bekämpfung der Missstände im Heilgewerbe. 4. Auch das „zur Schau stellen" antikonzeptioneller Mittel ist zu verbieten. In der Diskussion wurde der Nutzen und die Zulässigkeit des Verbotes der in Rede stehenden Mittel erörtert und besonders die Hereinziehung der Frage des Kurpfuschereiverbotes besprochen. Die Sätze der Kommission wurden schliesslich angenommen.

Die Deutsche Gesellschaft für Rassenhygiene (95) betont in ihren Leitsätzen die starke Beschleunigung des Geburtenrückgangs durch die mit skrupelloser Reklame und rasch wachsender Kapitalskraft betriebene Herstellung und den organisierten Handel mit Mitteln zur Empfängnisverhütung und Abtreibung und durch die Propaganda für den Neomalthusianismus.

Die Freie Vereinigung mitteldeutscher Gynäkologen (151) trat der Eingabe der Niederrheinisch-westfälischen Gesellschaft einstimmig bei.

v. Olshausen (114) hebt hervor, dass antikonzeptionelle Mittel nach der Praxis des Reichsgerichts zu den zu unzüchtigem Gebrauche bestimmten Gegenständen gehören, deren Vertrieb und Anpreisung schon jetzt unter Strafe gestellt ist (R.Str.G.B. § 184). Während bisher solchen Mitteln, die nicht immer unzüchtigen, sondern auch gesundheitlichen Zwecken dienen, vom Patentamt Warenzeichen erteilt und Gebrauchsmuster dafür eingetragen wurden, bestimmt der Entwurf des neuen Patentgesetzes ausdrücklich den Ausschluss der empfängnisverhütenden Mittel vom Patentschutz. Der neue Gesetzentwurf erteilt dem Bundesrat die Befugnis, den Verkehr von zur Verhütung der Empfängnis bestimmten Gegenständen zu beschränken und zu untersagen insoweit, als nicht die Rücksichtnahme auf die Bedürfnisse des gesundheitlichen Schutzes entgegensteht. Bei Ausübung dieser Befugnisse muss eine Mitwirkung sachverständiger Kreise — vor allem der Ärzte — gesichert werden. Es muss eine Schädigung der Volksgesundheit durch weiteres Umsichgreifen der Geschlechtskrankheiten vermieden werden, andererseits darf den Ärzten nicht die Möglichkeit der Beschaffung von die Empfängnis verhindernden Mitteln genommen werden.

Räuber (126) hebt das Versagen der Gesetzgebung in der Frage der Einschränkung des Verkaufs empfängnisverhütender und abtreibender Mittel hervor und wünscht auch ein Verbot solcher doch nur für Laien bestimmter Mittel, da dem Arzt für dringende Fälle von Empfängungsverhütung etc. geeignete Instrumente in hinreichender Auswahl zur Verfügung stehen; ausserdem fordert er das Verbot für den Verkauf solcher Mittel im Hausierhandel und die öffentliche Abhaltung von Vorträgen, die die menschlichen Zeugungs-, Entwicklungs- und Geburtsprozesse zum Gegenstand haben und illustrieren.

Jorns (73) führt Beispiele an für den immer weiter um sich greifenden Handel mit empfängnisverhütenden und Abtreibemitteln und über die Anpreisung in öffentlichen Versammlungen mittelst Vorträgen und selbst Lichtbildervorführungen; er bedauert die geringe Handhabe, die von der heutigen Gesetzgebung für die Verhütung dieser Missbräuche zur Verfügung stehen.

Schlegtendal (136) hebt die Schädlichkeit der vielfach vertriebenen Arten von Scheidenduschapparaten hervor, die als empfängnisverhütende und abtreibende Mittel, aber auch zur Masturbation gebraucht werden und fordert strafrichterliches Einschreiten.

In einer Entgegnung an Blumm (14), welcher den Einwand erhob, dass Scheidenduschen bezüglich der Empfängnisverhütung zu den unzuverlässigsten Mitteln gehören und der richtige Gebrauch einer Intrauterinspritze für Nicht-Hebammen unmöglich sei (? Ref.), hebt Schlegtendal (137) weiter hervor, dass die Frauenduschen wenn auch nicht sicher empfängnisverhütend wirken, so doch in der Regel das Ziel, die deponierten Samenfäden fortzuspülen, erreichen und dass deshalb ihre Anpreisung und Schaustellung mit Recht verboten worden ist. Diese Anschauung wird von Blumm (15) in einer weiteren Entgegnung bestritten.

A. Martin (107) verwirft den intrauterinen Stift als empfängnisverhütendes Mittel aufs energischste und sieht seine Gefährlichkeit in der Infektionsmöglichkeit. Das Eintreten von Schwangerschaft wird nicht verhindert. Der Verkauf aller Arten von Stiften, ganz besonders des Hollwegschen Steriletts, sollte unter staatliche Kontrolle gestellt werden.

Nicholson (110) warnt unter Anführung eines Falles von Infektion der Beckenorgane und Adnexentzündung vor Anwendung intrauteriner Stifte und weist nach, dass unter fast 400 Fällen aus der Praxis anderer Ärzte 12 mal nach Einlegung eines Stiftes Infektion der inneren Geschlechtsorgane eintrat und dass in acht dieser Fälle in der Folge eine verstümmelnde Operation notwendig wurde.

In der Diskussion wird von Hirst und Shoemaker die Infektionsmöglichkeit nach Einlegung von Intrauterinstiften bestätigt, während Norris, Clark, Boyd und Chandler einen Zusammenhang mit Beckeneiterungen nur auf Fehler in der Anwendung und auf unrichtige Indikationsstellung zurückführen.

v. Streit (144) entfernte ein seit drei Vierteljahren liegendes Intrauterinpessar, das erhebliche Zerstörungen an Portio und Cervix hervorgerufen hatte und erklärte diese Pessarien nicht für konzeptionsbehindernde, sondern für Abtreibemittel.

In der Diskussion erklären Pape, Frankenstein, Gummert, Knoop, Fisch, Everke und Linkenheld die Einlegung solcher Pessare teils für sinnwidrig, teils für gesundheitsschädlich und abtreibend.

Opitz (115) teilt als Beweise für die Gefährlichkeit intrauteriner Stifte zwei Fälle mit, in deren einem nach Einlegung eines Fehlingschen Röhrchens ein faustgrosser entzündlicher Adnextumor entstand, während im anderen Cystitis und mächtige Infiltration des rechtsseitigen und retrocervikalen Bindegewebes mit nachfolgender Peritonitis und Exitus auftreten.

Rieck (130) tritt in seiner Abhandlung, in der er die ärztliche Anwendung des Intrauterinstiftes für Amenorrhoe empfiehlt, entschieden der Anwendung desselben als antikonzeptionelles Pessar entgegen und glaubt, dass der Missbrauch seiner Einführung durch Laien durch die Gesetzgebung (Verkauf nur nach ärztlichem Rezept) verhindert werde.

Frank (44) entfernte aus dem Uterus ein abgebrochenes Sterilett, das von der Frau selbst eingelegt worden war. Hinter dem tief in der Muskulatur des Uterus steckendem Sterilett fand sich eine frische Gravidität. In der Diskussion werden von Deseniss, Rieck, Prochownik, Rüder, Seifert, Rose, Roesing und Schottelius eine Reihe von schweren Schädigungen und Todesfällen durch Intrauterinpessarien erwähnt, auf Grund deren die Hamburger geburtshilfliche Gesellschaft auf den Antrag Lomers eine öffentliche Warnung vor antikonzeptionellen Mitteln durch Flugblätter beschloss.

Hirsch (67) beschuldigt den Bergoniéschen Entfettungsstuhl als Abtreibemittel infolge der den Körper durchkreisenden elektrischen Ströme und teilt zwei Fälle von Abort nach Anwendung desselben mit. Es wird darauf aufmerksam gemacht, dass der Apparat in vielen unter kurpfuscherischer Leitung stehenden Instituten in Betrieb ist und dass er, ohne Verletzungsspuren zu hinterlassen und Infektion zu bewirken, den Abortus hervorzurufen imstande ist. Bei Verdacht auf Schwangerschaft ist seine Anwendung auf jeden Fall zu vermeiden, um nicht fahrlässig Abortus herbeizuführen.

Kuntsch (88) beobachtete Fortdauer der Schwangerschaft bis zum normalen Ende trotz Zurückhaltung einer intrauterinen Tamponade von 5 m Gaze, die am Anfang der Schwangerschaft ausgeführt worden war.

Weitere Kasuistik über kriminellen Abort.

v. Liszt (103) berichtet über einen Abtreibungsfall, in welchem ein schwangeres Mädchen in einer Klinik den Arzt durch ihre Angaben, über die sie von dem Schwängerer, einem Mediziner, unterwiesen worden war, so irreführte, dass eine Ausräumung des Uterus vorgenommen und eine frische Frucht entfernt wurde. Die Schwangere würde in diesem Falle als die mittelbare Täterin, der Schwängerer als der Anstifter zu betrachten sein; wenn der Schwangeren die zur Erkenntnis der Strafbarkeit der Tat erforderliche Einsicht gefehlt haben sollte, so würde der Schwängerer als mittelbarer Täter in Betracht kommen.

Gummert (59) beobachtete einen Fall von Abtreibeversuch durch irrtümliche Einführung eines Laminariastifts in die Urethra seitens des Ehemannes der Schwangeren.

Lansimaki (92) beobachtete schwere Verletzung des Septum recto-vaginale durch Abtreibeversuch, mit Tod an Sepsis.

Bode (16) beobachtete bei einer Nichtschwangeren Perforation der hinteren Uteruswand mit spitzer Kanüle, durch die ½ Liter Seifenwasser in die Bauchhöhle gespritzt wurde. Tod trotz Laparotomie.

Bovier (19) fand bei grossem entzündlichen Adnextumor bei der Operation eine vollständig verrostete Haarnadel im Uterus — offenbar Abtreibeversuch.

Cramer (26) fand bei einer gerichtlichen Obduktion in einem Douglasabszess eine gebogene Haarnadel, die zum Zweck der Fruchtabtreibung eingestossen worden war.

Enderle (38) fand bei Lösung der Plazenta nach Geburt im 7.—8. Schwangerschaftsmonat bei einer an septischer Peritonitis erkrankten Frau im Uterus ein Streichholz, dessen Hineingelangen unaufgeklärt blieb. Tod an allgemeiner Sepsis.

Haymann (63) erwähnt einen Fall von Curettierung des Uterus bei starker Blutung, um einen vermeintlichen Abortus auszuräumen; dennoch bestand die vorhandene Schwangerschaft bis zum normalen Ende fort. Die Blutung war durch einen Zervikalpolypen veranlasst.

v. Klein (79) bespricht einen Fall von Nichthinzuziehung ärztlicher Hilfe bei septischem, tödlich verlaufendem Abortus seitens einer Hebamme, die den Abort wahrscheinlich kriminell eingeleitet hatte. Der Einwurf der Verteidigung, dass zum Kausalzusammenhang nicht die Wahrscheinlichkeit, sondern die Gewissheit gehöre, wurde von dem Reichsgericht verworfen, weil dasjenige, was geschehen sein würde, wenn die Handlung erfolgt wäre, nur nach der Erfahrung in gleichartigen Fällen beurteilt werden kann und die Wahrheit des hieraus gezogenen Schlusses immer nur als eine erfahrungsgemässe, nicht als eine absolut gewisse betrachtet werden kann, so dass es für die Annahme des Kausalzusammenhangs ausreiche, wenn der eingetretene Erfolg nach menschlichem Ermessen durch die Handlung des Angeklagten verursacht worden ist.

Limbler (99) beschreibt einen Fall von Fruchtabtreibung durch Einführung eines Gänsekiels seitens der Schwangeren selbst. Der 10 cm lange Kiel durchbohrte die Vorderwand des Uterus und seine Enden konnten von innen bzw. aussen gefühlt werden.

Linnert (102) fand in einem Uterus einer 57 jährigen Frau, der wegen Myoms exstirpiert worden war, ein kleinfingergliedlanges, bleistiftstarkes Stück Hartgummi, das wahrscheinlich zum Versuch der Abtreibung bei nicht vorhandener Schwangerschaft eingeführt worden war.

Schlank (135) konnte in einem im dritten Monat schwangeren Uterus mittelst Röntgenaufnahme eine Haarnadel nachweisen, mit der die Schwangere angeblich (? Ref.) die sich senkende Gebärmutter hatte in die Höhe heben wollen, wobei die Haarnadel entschlüpft sein soll.

Broun (21) berichtet über einen Abtreibeversuch durch Selbsteinführung und Liegenlassen eines 24 cm langen Ulmenrindenstückes, das aber irrtümlich in die Harnröhre eingeführt wurde, in die Blase schlüpfte und operativ entfernt werden musste.

Lindsey (101 a) beschreibt einen Fall von Gangrän der hinteren Muttermundslippe und der hinteren Scheidenwand mit tödlicher Peritonitis, wahrscheinlich infolge von Verletzung bei Aborteinleitung.

Dirks (32) beschreibt einen Fall von krimineller Aborteinleitung durch Selbsteinspritzung von Holzessiglösung mittelst Clysopomps in den Uterus. Zunächst (nach 1½ Stunden) entstand Hämoglobinurie und Kollaps infolge von Holzessigvergiftung, woran sich eine hämorrhagische Nephritis anschloss. Am dritten Tage entstand in der linken Glutäalgegend eine sich auf den Oberschenkel ausbreitende Gasphlegmone, die im linken Parametrium entstehend sich durch das Foramen ischiadicum nach aussen verbreitet hatte und 50 Stunden nach dem Eingriff zum Tode führte. Bei der Sektion fanden sich im Zervikalkanal und Uteruskavum oberflächliche Abschürfungen und am Muttermund frische Einrisse als wahrscheinliche Eingangspforten der Infektion mit dem Fraenkel-Welchschen Bazillus der Gasphlegmone.

Nach den Ausführungen von Marmetschke wurde festgestellt, dass die Gravida die Abtreibung beabsichtigt hatte. Kriebel konnte den Fränkelschen Bazillus aus der Gasinfiltration selbst sowie aus dem Blut der Vorhöfe, der Vena cava und spermatica, dem Uterus, der Milz und der Leber reinzüchten.

Lindemann (100) konnte in mehreren Fällen von Abort weisse und gelbe Staphylokokken, anhämolytische Streptokokken und Gasbazillen im Blute nachweisen.

Herrgott (64) beobachtete Gangrän der Partien nach kriminellem Abtreibeversuch (teils von der Schwangeren selbst, teils unter Mithilfe einer Freundin ausgeführt) durch Einführung einer Stricknadel und drei Injektionen konzentrierter Sublimatlösung (0,25 auf einen Esslöffel Wasser) mittelst einer Birnspritze. Es kam zu schweren febrilen Allgemeinerscheinungen und schliesslich zum Exitus an septischer Embolie. Bei der Obduktion fand sich ein orangegrosser Abszess, von thrombosierten Venen umgeben, zwischen den Blättern des Ligamentum latum.

Diagnose und Folgezustände des kriminellen Aborts.

Vom Hövel (68) erklärt den Verdacht auf kriminellen Abort für gegeben, wenn bei im Gang befindlichem Abort Fieber besteht, das auf andere Weise nicht zu erklären ist, ferner wenn im Anschluss an einen ätiologisch unklaren Abort entzündliche Erscheinungen an den inneren Genitalien auftreten, deren Erklärung auf anderem Wege nicht möglich ist, endlich wenn bei oder nach Abort akut septikämische oder peritonitische Erscheinungen auftreten, die anders nicht zu erklären sind. Bei Entwicklung einer Infiltration oder eines Abszesses im Septum rectovaginale nach vorausgegangenem Abort ist mit grosser Wahrscheinlichkeit ein krimineller Abort anzunehmen.

Albrecht (2) fand bei Laparotomie in zwei Fällen von akuter Peritonitis frische allgemeine Entzündungserscheinungen, namentlich sah die gesamte Beckenserosa wie gekocht aus, ferner starke Schwellung der Tuben und Entleerung von eitriger Flüssigkeit aus letzteren. In beiden Fällen war eine Gravidität im zweiten Monat vorhanden und bereits waren Blutungen aus dem Uterus aufgetreten. In einem Falle wurde eine Uterusinjektion von rosagefärbter Flüssigkeit (Sublimat) durch eine Hebamme eingestanden. Die Sublimatlösung war demnach durch die Tuben in die Bauchhöhle eingedrungen. In einem Falle trat der Abort ein, im anderen dauerte die Schwangerschaft noch zwei Monate fort.

Richter (129) teilt zwei Fälle von plötzlichem Tod infolge von Luftembolie nach Selbstabtreibeversuchen mit. In beiden Fällen wurden die Gravidae tot bzw. sterbend aufgefunden, neben ihnen eine Alphaspritze und ein Gefäss mit Flüssigkeit, in einem Falle Seifenwasser, im anderen Borsäurelösung (4%). In beiden Fällen war Luft in der Uteruswand und in den Spermatikalgefässen, sowie in den rechten Herzhöhlen, in einem Falle auch in den linken. nachzuweisen. Die Alphaspritzen werden für das Zustandekommen von Luftembolien, auch wegen des hohen Druckes, der mit ihnen erzeugt werden kann, als sehr gefährlich erklärt und ihr Verkauf an Laien sollte verboten werden. Beim Nachweis der Luftembolie im Herzen muss die vorherige Eröffnung grösserer Blutgefässe, z. B. durch vorhergehende Schädelöffnung und durch Verletzung der Gefässe unter dem Schlüsselbein vermieden werden; daher ist der Thorax zuerst, und zwar unter Schonung der ersten Rippe und mit querer Durchsägung des Brustbeins unter der zweiten Rippe, dann der Herzbeutel zu eröffnen, das Herz ist zu befühlen und zu perkutieren und dann nach Füllung des Herzbeutels mit Wasser zu öffnen. Ausserdem ist der Blutgehalt der Uterus- und Beckenvenen zu prüfen. Gasansammlung durch Fäulnis oder durch gasbildende Bakterien muss ausgeschlossen werden können. Ausserdem wird auf die Schädlichkeit der benützten Flüssigkeit aufmerksam gemacht: schon reines Leitungswasser kann Hämolyse bewirken, noch mehr Seifenwasser; 4%ige Borsäure, direkt ins Blut gebracht, wirkt toxisch. Im Uterus kann möglicherweise an darin enthaltenen Flüssigkeitsresten die Art der benützten Flüssigkeit nachgewiesen werden.

Jouvelet (75) führt als Ursachen plötzlichen Todes nach abortiven Eingriffen an: Metroperitonitis hyperacuta, Blutungen und Perforation des Uterus, Schock und Luftembolie. Um die letzteren, durch die Obduktion nicht oder schwer nachweisbaren Todesursachen nachzuweisen, empfiehlt Jouvelet die Sektion mit der Brusthöhle zu beginnen und nach Eröffnung derselben das Herz nach Unterbindung aller Gefässe herauszunehmen, jeden der Ventrikel zu öffnen und das entweichende Gas aufzusammeln, um festzustellen, ob es sich um Fäulnisgase handelt. Hierauf sind die Venen auf Luftgehalt zu prüfen, in der Folge Nieren, Gehirn und Mageninhalt.

Bublitschenko (22) beschreibt vier Fälle von Fistulae cervico-vaginales laqueaticae bei Erstgebärenden, die im 4.—5. Monat abortiert hatten und führt dieselben auf Länge und Rigidität bei spontanem Abortus zurück.

Fruchtabtreibung durch innere Mittel.

Cova (25) fand bei Tierversuchen nach Phosphorvergiftung unter fünf Fällen nur einmal Unterbrechung der Gravidität und einmal mazerierte Föten. Die in einem Falle vorgenommene Untersuchung der Früchte ergab histologische Veränderungen, die der Phosphorvergiftung entsprechen.

Rosenbloom und Schildecker (132) beschreiben einen plötzlichen Todesfall bei einem jungen Mädchen, das schwanger war. Der Tod war unter akuten gastritischen Erscheinungen, Bewusstlosigkeit, klonischen Konvulsionen und Darmblutungen eingetreten. Bei der Sektion fand sich der ganze Magen und Darm im Zustand hämorrhagischer, akutester Entzündung mit Blutungen in den Darm und Blutergüssen in die Schleimhaut. Aus Nieren,

Darm, Magen und Leber liessen sich aus dem nach Dragendorff gewonnenen Extrakt typische Ergotininkristalle darstellen.

Beck (9) beschreibt zwei Fälle von Muskatnussvergiftung nach Gebrauch von Muskatnuss als Abortivmittel. Die Symptome bestanden in Bewusstlosigkeit und Sopor. Das Mittel wurde in Form von zwei zerriebenen Muskatnüssen, einer Messerspitze Zimt und einem halben Liter weissen Weins genommen. Eine abortive Wirkung trat nicht ein.

v. Sury (145) bespricht einen Fall von angeblicher Abtreibung durch Safrantinktur, jedoch war auch durch Herabspringen von einer Leiter versucht worden, den Abort herbeizuführen, und zuletzt war die Schwangere von der Leiter herabgestürzt. Die Symptome, die dem Abort vorausgingen, deckten sich nicht mit den dem Safran zugeschriebenen Vergiftungserscheinungen. Der Eintritt eines Abortes nach Safraneinnahme wird für möglich gehalten, da die Pflanze durch das in ihr enthaltene ätherische Öl giftig wirkt, aber die erhältlichen Präparate zeigen sehr verschiedenen Gehalt und verschiedene Wirkung, je nach Herkunft und Alter. Ein Kausalzusammenhang kann im besprochenen Falle nicht angenommen werden, um so weniger, als auch das traumatische Moment in Frage kam.

Verletzungen des schwangeren Uterus.

Bovin (19) beschreibt einen Fall von tödlicher Uterusruptur im fünften Schwangerschaftsmonat. Der Riss sass auf der linken Seite und verlief vom oberen Teil des Uteruskörpers bis unmittelbar über den äusseren Muttermund. Es wird die Vermutung einer Verletzung durch Fruchtabtreibeversuch ausgesprochen.

Rüder (133) teilt zwei Fälle von Schwangerschaftsruptur mit, einmal nach Kaiserschnitt mit Heilung per secundam und einmal nach Abortausräumung.

Lorch (104) fand bei einer Gravida im vierten Monat nach angeblichem Sturz eine kleine lochförmige Verletzung des Fundus uteri mit blutiger Suffusion der Umgebung und Peritonitis. Die Verletzung wird mit Wahrscheinlichkeit auf Abtreibeversuch zurückgeführt, jedoch wird die Verletzung durch den Sturz nicht für ganz unmöglich gehalten. Er zieht den Schluss, dass Kontinuitätstrennungen des graviden Uterus, ob violent oder durch stumpfe Gewalt von aussen nach innen oder umgekehrt hervorgebracht, im Fundus oder den obersten Korpusabschnitten sitzen, dass ferner Form und Verlauf der Kontinuitätstrennungen, ebenso die die Umgebung einnehmenden Blutungen nicht ohne weiteres einen Rückschluss auf die Art und Weise ihrer Entstehung gestatten, endlich dass bei Infektion des betroffenen Organs und seiner Umgebung oder des ganzen Körpers der Verdacht auf kriminellen Eingriff berechtigt ist.

Küttner (87) beobachtete Schwangerschaftsruptur des Uterus in der hinteren Wand infolge Wanddefektes, der durch Gangrän im vorausgegangenen Wochenbett entstanden war.

Bauereisen (8) beobachtete Spontanruptur des Uterus im achten Schwangerschaftsmonat nach Fall auf das Gesäss. Die Ruptur erfolgte in der linken Fundusecke an der Plazentarstelle in Form einer $7\frac{1}{2}$ cm langen und $3\frac{1}{2}$ cm breiten Rissverletzung.

Reid (128) beobachtete nach schwerem Heben eine Zerreissung eines im 2.—3. Monate schwangeren myomatösen Uterus bis in den Fundus mit Blutung in die Bauchhöhle; das Myom war durch den Kapselriss teilweise in die Bauchhöhle ausgetreten.

Kirste (78) führt eine Spontanruptur des Uterus im fünften Monat auf Wandverdünnung infolge vorausgegangener dreimaliger manueller Plazentarlösung zurück IVpara).

Thoenes (146) beschreibt eine partielle Ruptur des schwangeren Uterus im 5.—6. Monat durch Stoss gegen den Leib. Der Fötus lag in einer kindskopfgrossen Ausbeulung der Uteruswand im Fundus. Wegen Blutung in die Bauchhöhle musste die Exstirpation des Uterus gemacht werden.

Davis (28) beschreibt einen Fall von querem Bauchdurchschuss mit Darmvorfall bei einer Schwangeren. Die Laparotomie ergab eine Uterusverletzung mit Vorfall der Nabelschnur, aber keine Verletzung der Frucht. Da der Uterusriss longitudinal verlief, die Schussrichtung aber eine quere war, wird die Uterusverletzung durch indirektes Bersten, nicht durch den Schuss direkt erklärt.

Amann (4) beobachtete eine Perforation einer Ileumschlinge nach Sturz einer im dritten Monate Schwangeren gegen eine Stuhllehne mit im Douglas lokalisierter Perforationsperitonitis und Bildung eines jauchigen Abszesses. Die peritonitischen Erscheinungen traten erst sieben Tage nach dem Trauma auf. Die Operation bestand zunächst in Einnähung der perforierten Darmschlinge in die Bauchhaut und später in Verschluss der Darmfistel. Einen Tag nach der ersten Operation kam es zu Abort. Während ein stumpfes Trauma nicht zur Unterbrechung der Schwangerschaft zu führen braucht, übt die Peritonitis einen

sehr ungünstigen Einfluss auf die Schwangerschaft aus und umgekehrt wird die Peritonitis durch die Schwangerschaft ungünstig beeinflusst, weil die Abkapselung des Exsudats beeinträchtigt wird.

Herzberg (65) beschreibt einen Fall von zweimaliger irrtümlicher Punktion des schwangeren Uterus und Entleerung von 7 bzw. 4 Liter Flüssigkeit, weil eine Zwillingsschwangerschaft mit Hydramnion für eine Ovarialzyste gehalten worden war. Die Punktion hatte die Geburt nicht zur Folge, ebensowenig die Probelaparotomie, die zuletzt unter Annahme von Aszites ausgeführt wurde.

Schwangerschaftsanomalien in bezug auf gerichtliche Medizin.

Knoop (81) sah in einem Falle sieben, im anderen etwa acht Wochen nach erstmaligem Fruchtwasserabgang die Geburt eintreten, jedoch wurde im letzteren Falle die Ausstossung künstlich eingeleitet.

Panek (117) führt in einem Falle von extraamnialer Schwangerschaft die Ruptur des Amnion auf intensive Bewegungen der Frucht und besonders der Mutter (Springen, Stolpern etc.) zurück. Das Amnion fehlte fast ganz und die linke Hand der Frucht war verstümmelt und der vierte Finger an der Amnionmanschette befestigt.

Nürnberger (111) teilt einen Fall von Geburt von Zwillingen mit, von denen der eine die deutlichen Merkmale kaukasischer, der andere die der Negerrasse zeigte. Als Vater soll einzig und allein ein Schwarzer in Betracht kommen. Unter Verwerfung der Superfötatio und Zulassung der Superfecundatio wird die Geburt verschiedenrassiger Kinder als Vererbungserscheinung besprochen.

Für die Beurteilung der Extrauterinschwangerschaft als Unfallfolge verlangt Krüger-Francke (84) ein über die gewöhnliche Betriebsart hinausgehendes, also erhebliches Unfallereignis, sowie dass unmittelbar eine Veränderung (Platzen) am Fruchtsack eingetreten ist. Ärztliche Hilfe muss sofort nachgesucht worden sein.

Sectio caesarea nach dem Tode.

Küttner (86) kritisiert das russische Gesetz, dass jede schwangere Verstorbene, die sich in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft befindet, geöffnet werden muss; da 21 Minuten nach Todeseintritt die längste Zeit ist, die das Kind noch leben kann, soll der Arzt, der ½—1 Stunde nach dem Tode eintrifft und die Sectio unterlässt, vorwurfsfrei bleiben. Die Sectio caesarea in moribunda soll moderner legalisiert werden. Vier Fälle von Kaiserschnitt 10 Minuten nach dem Tode und zwei in agone 1½—4 Stunden vor dem Tode, alle mit lebenden Kindern, werden angeführt.

Zengerle (159) konnte wenige Minuten nach Todeseintritt mittelst Sectio caesarea ein tief asphyktisches, nach einer Stunde wieder zu belebendes Kind extrahieren und spricht sich nach plötzlichen Todesfällen durch Unglücksfall, Hirnschlag, Herzschlag oder rasch wirkender Vergiftung für die Vornahme der Sectio caesarea post mortem aus.

Anhang: Operationen während der Schwangerschaft.

1. Albrecht, H., Komplikation der Schwangerschaft durch Ileus infolge eines nach Hernienoperation entstandenen entzündlichen Netztumors. Gyn. Ges. München. Sitzg. vom 26. Febr. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. p. 625. (Resektion des Tumors mit fortbestehender Schwangerschaft.)
2. Applegate, J. C., Four unusual obstetrics complications. New York. med. Journ. Bd. 100. Nr. 5. (Hysterektomie wegen Myoms im dritten Schwangerschaftsmonat.)
3. Bender und Vaudescal, Fibrome souspéritoneal à pédicule tordu, compliquant une grossesse de trois mois; myomectomie, guérison, continuation de la grossesse. Soc. d'obst. et de gyn. de Paris. Sitzg. vom 8. Juni. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. p. 432.
4. Berecz, Karzinom und Gravidität. Ärzteverein Budapest, gyn. Sekt. Sitzg. vom 8. Dez. 1913. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 804. (Dringt bei operablem Karzinom auf Operation ohne Rücksicht auf die Schwangerschaft.)

5. Byers, J., Uterusmyom und Gravidität. Ulster Med. Soc. Sitzg. vom 19. März. Lancet. Jahrg. 92. Bd. 1. p. 970. (Totalexstirpation.)
6. Cackovic, M. v., Eine torquierte Zyste des rechten Ovarium, die links vom graviden Uterus liegt, wohin sie hinter den Uterus gelangt ist. Lijecnicki vijesn. 1913. Nr. 11. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 1432. (Ovariotomie ohne Schädigung der Schwangerschaft.)
7. Davis, A. B., Fibromyom in der Hinterwand des Uterus, drohender Abort im dritten Monat, Myomektomie, Schwangerschaft ausgetragen. Amer. Assoc. of Obst. and Gyn. 27. Jahresvers. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 178.
8. Deletrez, Kystes dermoïdes des deux ovaires et grossesse. Soc. Belge de Gyn. et d'Obst. Sitzg. vom 7. März. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 741.
9. Dervaux, Cancer du rein et grossesse. Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris. Sitzg. vom 20. April. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. p. 180.
10. Dublanc, Epithélioma du col et grossesse. Thèse de Bordeaux. 1913.
11. Everke, Fall von gleichzeitiger Intra- und geplatzter Extrauteringravidität. Niederrhein.-westfäl. Ges. f. Gyn. Sitzg. vom 2. März 1913. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 397. (Laparotomie, nach drei Tagen Abort, der sich schon vorbereitet hatte.)
12. v. Fellenberg, R., Amputation eines Fundus uteri gravidi wegen Lungentuberkulose. Gyn. Helvetica. Frühjahrsausgabe.
13. — Uterus myomatosus gravidus. Ebenda.
14. Ferroni, Ureteronefrectomia per uronefrosi in gravidanza. Gazz. degli osped. e d. clin. Nr. 38. (Exstirpation ohne Schädigung der Schwangerschaft.)
15. Fidelholz, A., Vaginale Totalexstirpation des graviden Uterus bei Lungentuberkulose. Inaug.-Diss. Strassburg 1913. (Zusammenstellung von 20 Fällen.)
16. Gibson, M. J., Combined intra- and extrauterine pregnancy. R. Ac. of Med. in Ireland. Sect. of Obst. Sitzg. vom 6. März. Dublin Journ. of Med. Sciences. Bd. 137. p. 449.
17. Gross, E., Myomnekrose in der Schwangerschaft. Prager med. Wochenschr. Bd. 39. p. 114 u. 358. (Abtragung eines gestielten nekrotischen Myoms ohne Unterbrechung der Schwangerschaft.)
18. Grosse und Paquereau, Fibrome utérin compliquant la grossesse, hystérectomie, guérison. Revue mens. de gyn., d'obst. et de péd. Nov. 1913.
19. Goullioud, Myomectomie et grossesse. Soc. de Méd. de Lyon. Revue de Chir. Bd. 49. p. 706. (Unter 74 Myomoperationen fünf Fälle von Schwangerschaft.)
20. Harrigan, A. H., Nephrektomie in der Schwangerschaft. New York. Ac. of Med. Sitzg. vom 23. Dez. 1913. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 948. (Ohne Unterbrechung der Schwangerschaft.)
21. Haymann, A., Toleranz des graviden Uterus. Med. Klinik. Bd. 10. p. 805. (Drei Ovariotomien und eine Bauchbruchoperation während der Schwangerschaft ohne Schädigung der letzteren.)
22. Hicks, H. T., Schwangerschaft mit Hydronephrose kompliziert. Journ. of Obst. and Gyn. of Brit. Emp. Bd. 24. Nr. 6. (Inzision unter Annahme eines paranephritischen Abszesses; nachher wurde Einleitung der künstlichen Frühgeburt nötig.)
23. Van der Hoeven, Ileus in zwangerschap en puerperium. Nederl. Maandschr. v. Verlosk., Vrouwenz. en Kindergeneesk. Bd. 1. (Operation im dritten Monat.)
24. Hohorst, Ileus in der Schwangerschaft. Geb. Ges. Hamburg. Sitzg. vom 24. Febr. u. 10. März. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 663 u. 687. (In der Diskussion ein Fall von Calmann von Ileusoperation in der Schwangerschaft mit darauffolgendem Abort.)
25. Jung, Ph., Der Übergang von Arzneimitteln von der Mutter auf den Fötus. Therap. Monatshefte. Nr. 2. (Hält die Möglichkeit für gegeben, dass nach Operationen an Schwangeren der Tod des Fötus durch Übergang von Chloroform bewirkt werden kann.)
26. — Myom und Schwangerschaft. Med. Ges. Göttingen. Sitzg. vom 7. Mai. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 51. p. 1146. (Empfiehlt rechtzeitige Enukleation der Myome, wobei Abort nicht eintritt, wenn die Eihäute nicht verletzt werden.)
27. — Gleichzeitige Extra- und Intrauteringravidität. Gyn. Ges. d. deutsch. Schweiz. Sitzg. vom 11. u. 12. Juli. Berner Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 1401. (Zwei Tage nach der Operation Abortus.)
28. Keller, Tubargravidität bei gleichzeitiger regelrechter Schwangerschaft. Ärzteverein Halle a. S. Sitzg. vom 10. Juni. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 1914. (Operiert ohne Schädigung der Schwangerschaft.)

29. Kleinschmidt, K., Über die Komplikation von Schwangerschaft und Myom. Inaug.-Diss. Würzburg. (Vier Fälle von Enukleation mit Erhaltung der Schwangerschaft und vier von supravaginaler Amputation.)
30. Knüpffer, Uterus myomatosus gravidus. Ges. prakt. Ärzte. Reval. Sitzg. vom 16. Dez. 1913. St. Petersburger med. Zeitschr. Bd. 39. p. 131. (Diagnose erst nach Laparotomie zu stellen.
31. v. Kubinyi, Teratoma ovarii — neben Gravidität — Laparotomie. Ärzteverein Budapest, gyn. Sekt., Sitzg. v. 8. Dez. 1913. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 810. (Exstirpation, supravaginale Amputation.)
32. Kuschnir, M. G., Entfernung eines Dermoidkystoms bei einer Schwangeren. R. Wratsch. 1913. Nr. 52. (Dritter Monat; Schwangerschaft nicht unterbrochen.)
33. Kuthy, O., und G. Lobmayer, Künstlicher Pneumothorax, angelegt im vierten Monat der Gravidität. Beitr. z. Klinik d. Tuberkulose. Bd. 27. Heft 2.
34. Labhardt, Schwangerschaft bei Melanosarkoma ovarii. Gyn. Ges. d. deutsch. Schweiz. Sitzg. vom 11.—12. Juli. Bern. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 1400.
35. Laffont, Myomektomie au troisième mois de la grossesse. Réunion obst. et gyn. d'Alger. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. p. 322.
36. Landau, L., Myom und Schwangerschaft; Uterus myomatosus gravidus III. mens. von 11½ Pfund Gewicht. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 51. p. 1445. (Supravaginale Amputation; bisher 51 Fälle operiert.)
37. Lehmann, H., Demonstration eines operativ entfernten graviden Uterus mit Myomen. Ges. f. Natur- u. Heilk. Dresden. Sitzg. vom 10. Jan. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 790. (Achtwöchige Schwangerschaft, Totalexstirpation.)
38. Lockyer, C., Multiple fibroids removed during the sixth month of pregnancy. R. Soc. of Med. Section of Obst. and Gyn. Sitzg. vom 5. März. Lancet. Jahrg. 92. Bd. 5. p. 892. (Schwangerschaft nicht unterbrochen.)
39. Mühlen, Uterus mit Portiokarzinom und Gravidität in der fünften Woche. Ges. prakt. Ärzte. Reval. Sitzg. vom 7. Okt. 1913. St. Petersburger med. Zeitschr. Bd. 39. p. 129. (Exstirpation.)
40. Müller, R. O., Ileus in der Schwangerschaft infolge eingeklemmter Zwerchfellhernie. Inaug.-Diss. Erlangen 1913. (86 Fälle gesammelt.)
41. Natanson, Entfernung eines Ovarialdermoids in der Schwangerschaft. Przegl. Lek. Bd. 9. p. 119. Ref. Gyn. Rundschau. Bd. 8. p. 413. (Bei Blasenmole.)
42. — Schwangerer myomatöser Uterus, supravaginal amputiert. Ebenda.
43. Neill, Th. E., Treatment of uterine retrodisplacements in pregnant and nonpregnant women. Amer. Journ. of Obst. Bd. 69. p. 118. (Laparotomie mit Lagekorrektur; später Abortus.)
44. Paschkewitsch, J. K., Uteruskarzinom und Schwangerschaft. Shurn. akush. i shensk. bolesn. Ref. Gyn. Rundschau. Bd. 8. p. 299. (Vier Fälle.)
45. Paucot und Paquet, Torsion d'un fibrome au cours de la gestation; myomectomie, avortement. Réun. obst. et gyn. de Lille. Sitzg. vom 28. Febr. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. p. 433.
46. Primšar, F., Zwei Fälle von isochroner, heterotoper Zwillingsschwangerschaft. Gyn. Rundschau. Bd. 8. p. 203. (Operation; Abortus 8 bzw. 3 Wochen später.)
47. Puppel, Intrauterine Gravidität und kleine Ovarialzyste, unter der Diagnose Tubargravidität operiert. Ärztl. Kreisverein Mainz. Sitzg. vom 20. Jan. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 568. (Keine Schädigung der Schwangerschaft.)
48. Purslow, C. E., Uterus with red degeneration and early pregnancy. R. Soc. of Med. Sect. of Obst. and Gyn. Sitzg. vom 7. Mai. Lancet. Jahrg. 92. Bd. 1. p. 1536. (Exstirpation.)
49. Real, Künstlicher Pneumothorax während der Schwangerschaft. Beitr. z. Klin. d. Tuberkulose. Bd. 29. Heft 3. (Schwangerschaft keine Gegenindikation.)
50. Rieck, Gravidität mit Myom. Geb. Ges. Hamburg. Sitzg. vom 3. Dez. 1913. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 312. (Supravaginale Amputation.)
51. Rose, Gravidität im dritten Monat mit Myom. Geb. Ges. Hamburg. Sitzg. vom 3. Dez. 1913. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 312. (Myomektomie.)
52. Rosenstein, M., Appendizitis und Gravidität. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 27 u. 130. (Verlangt frühzeitige Diagnose und Operation.)
53. Schauta, F., Ovarialtumor und Gravidität. Wiener med. Wochenschr. Bd. 64. p. 141. (Verlangt möglichst baldige Operation auch während der Schwangerschaft.)

54. Schiller, Retroversio uteri gravidi. Gyn. Ges. Breslau. Sitzg. vom 28. Okt. 1913. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 140. (Laparotomie unter Annahme eines retrouterinen Ovarialtumors, Tod an Sepsis.)
55. Schlichting, Schwangerschaft bei fixierter Retroflexio uteri, kompliziert durch Wurmfortsatzentzündung. Deutsche militär-ärztl. Zeitschr. Heft 7. (Operation, Fortgang der Schwangerschaft.)
56. Semon, Myom und Gravidität bei Retroflexio uteri. Nordostdeutsche Ges. f. Gyn. Sitzg. vom 29. Nov. 1913. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 255 und Verein f. wissenschaftl. Heilk. Königsberg. Sitzg. vom 12. Jan. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 51. p. 574. (Supravaginale Amputation im dritten Monat der Schwangerschaft.)
57. Senger, A., Appendizitis in der Schwangerschaft. Inaug.-Diss. Erlangen. (Fünf operierte Fälle, ein Exitus.)
58. Skutsch, Uterus myomatosus gravidus. Ges. f. Geb. u. Gyn. Leipzig. Sitzg. vom 15. Dez. 1913. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 450. (Supravaginale Amputation.)
59. De Snoo, Cervixkarzinom, bei VIpara in der 35. Schwangerschaftswoche entfernt. Nederl. Gyn. Vereenig. Amsterdam. Sitzg. vom 12. Jan. 1913. Gyn. Rundschau. Bd. 8. p. 341.
60. Sokoloff, E., L'ablation du corps jaune au debut de la grossesse expose-t-elle à l'avortement? Thèse de Paris. 1913. (Unter 47 gesammelten Fällen kam es nur achtmal zur Unterbrechung der Schwangerschaft, darunter aber sechsmal durch Komplikationen.)
61. Solowij, Letal endender Fall von Ileus bei Dermoidtumoren der Ovarien im dritten Schwangerschaftsmonat trotz zweimaliger Laparotomie. Lemberger gyn. Ges. Lwowski Tyg. Lek. 1913. p. 178.
62. Soubeyran und Oeconomoz, Fibrome de l'uterus gravide. Soc. des Sc. méd. de Montpellier. Revue de Chir. Bd. 49. p. 385. (Totalexstirpation.)
63. Sullivan, R. Y., Pregnancy and labor complicated by carcinoma of the cervix uteri. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 62. p. 1715. (Supravaginale Amputation, dann möglichste Ausräumung des Karzinoms, Tod.)
64. Tauni, K., Über Bruchoperationen bei Schwangeren. Engströms Mitteilungen. Bd. 10. (17 Fälle von Bruchoperationen in der Schwangerschaft, 8 Nabel-, 7 Leisten- und 2 Schenkelbrüche.)
65. Tymieniecki, Karzinöser Uterus im fünften Monat der Schwangerschaft, vaginal exstirpiert. Sitzungen d. Warschauer ärztl. Ges. Przegl. chir. i gin. Bd. 9. p. 338.
66. Uberet, Ovarialtumor und Schwangerschaft. Gyn. Helvetica. Frühjahrsausgabe.
67. Vautrin, Les fosses appendicites de la grossesse. Annales de Gyn. et d'obst. 2. Serie. Bd. 11. p. 222. (Vier während der Schwangerschaft operierte Fälle, dreimal mit Erhaltung der Schwangerschaft.)
68. Vineberg, H. R., Ovarian cyst with twisted pedicle complicating pregnancy at eight months. New York Obst. Soc. Sitzg. vom 14. April. Amer. Journ. of Obst. Bd. 70. p. 68. (Zwei Tage nach der Operation Geburt eines lebensfähigen Kindes.)
69. Wall, Stieltorquierte Ovarialzyste bei Gravidität im fünften Monat. Gyn. Ges. Breslau. Sitzg. vom 25. Nov. 1913. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 205. (Ovariotomie ohne Schädigung der Schwangerschaft.)
71. Wanner, Über Appendizitis und Gravidität. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 1391. (Vier Fälle operiert, davon drei mit Erhaltung der Schwangerschaft.)
72. Weise, F., Uteruskarzinom und Schwangerschaft. Inaug.-Diss. Jena 1913. (Empfiehlt bei operablem Krebs in den ersten zwei Dritteln der Schwangerschaft die Totalexstirpation.)

---

e) Die Geburt in bezug auf gerichtliche Medizin.

1. *Allmann, Inversio et prolapsus totalis uteri puerperalis. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 40. p. 122.
2. *Alsberg, Über puerperale Uterusinversion. Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung. Nr. 5.
3. *Beckmann, Drei Fälle von Inversio uteri. Shurn. akush. i shensk. bolesn. 1913. Jan.

4. *Beckmann, W., Einige Bemerkungen über die puerperale Uterusinversion. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 649.
5. *Bestrafung von Hebammen wegen pflichtwidrigen Verhaltens und dadurch veranlasster Körperverletzung bzw. Tötung. Urteile des Reichsgerichts. Zeitschr. f. Med.-Beamte. Bd. 27. II. Beilage. p. 30 u. 67. (Acht Fälle von Bestrafung wegen Unterlassung der vorschriftsmässigen Desinfektion bzw. der Herbeiholung ärztlicher Hilfe.)
6. Bestrafung einer Hebamme wegen fahrlässiger Tötung einer Gebärenden infolge nicht rechtzeitiger Zuziehung eines Arztes. Reichsgerichtsurteil. Zeitschr. f. Med.-Beamte. Bd. 27. II. Beilage. p. 97. (Bei Querlage, Tod an Peritonitis trotz Operation.)
7. Bestrafung einer Hebammenpfuscherin wegen unterlassener Zuziehung einer Hebamme oder eines Arztes und der dadurch veranlassten fahrlässigen Tötung einer Schwangeren. Reichsgerichtsurteil. Zeitschr. f. Med.-Beamte. Bd. 27. II. Beilage. p. 115. (Zerreissung der Gebärmutter und Verblutung.)
8. Bracht, Penetrierende Drucknekrose des kreissenden Uterus. Ges. d. Charité-Ärzte. Sitzg. vom 12. Febr. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 51. p. 652. (Runde wie ausgestanzte Öffnung durch Druck des in hohem Geradstand mit dem Hinterhaupt nach hinten, bei einer XIIIpara.)
9. *Brosz, A., Uterusrupturen. Ärzteverein Budapest. Gyn. Sect. Sitzg. vom 10. Febr. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 811.
10. *Büschel, M., Über schmerzlose Geburtswehen. Inaug.-Diss. Heidelberg 1913.
11. *Crossen, H. S., Conservative operative treatment of long-standing inversion of the uterus. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 62. p. 1061.
12. *Deutsch, Ein Fall von zirkulärem Abriss der Portio uteri intra partum. Geb.-gyn. Ges. Wien. Sitzg. vom 20. Mai 1913. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 269.
13. *Druskin, S. J., Pituitary extract in obstetrics. Amer. Journ. of Obst. Bd. 70. p. 580.
14. Edge, Case of inversion of uterus. Midland Obst. and Gyn. Soc. Sitzg. vom 3. März. Lancet. Jahrg. 92. Bd. 1. p. 899 und Brit. Med. Assoc. Staffordshire Branch. Sitzg. vom 30. April. Brit. Med. Journ. Bd. 1. p. 1184. (Ursache unaufgeklärt.)
15. Engelmann, Zwei Fälle von tödlich verlaufener Gebärmutterzerreissung. Klin. u. path.-anat. Demonstrationsabende Dortmund. Sitzg. vom Mai. Med. Klinik. Bd. 10. p. 1523. (Spontane, schnell verlaufende Entbindung einer VIIpara mit normalem Becken, ohne Hebamme verlaufen; Verblutung aus der angerissenen Art. uterina.)
16. *Ertl, Uterusruptur. Ärzteverein Oberösterreich. Sitzg. vom 8. Jan. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 27. p. 733.
17. *Everke, Pituitrin und Ruptura uteri. Niederrhein.-westf. Ges. f. Gyn. u. Geb. Sitzg. vom 11. Jan. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 553.
18. *Henkel, M., Über die Zerreissungen der Gebärmutter unter der Geburt. Med. Klinik. Bd. 10. p. 443.
19. *Hurwitz, B., Über Inversio uteri puerperalis. Inaug.-Diss. Königsberg.
20. *Jellett, Full-time extra-uterine pregnancy with uterus. R. Ac. of Med. in Ireland. Sect. of Obst. Sitzg. vom 7. Nov. 1913. Dublin. Journ. of Med. Scienc. Bd. 137. p. 57.
21. *Jolly, Über Inversio uteri. Ges. f. Geb. u. Gyn. Berlin. Sitzg. vom 28. Nov. 1913. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 76. p. 280.
22. *Jones, W. C., Reports of two cases of postpartum inversion of the uterus, with discussion of the pathogenesis of obstetrical inversion. Amer. Journ. of Obst. Bd. 69. p. 983.
23. Kaestner, Verurteilung von Hebammen. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 1812. (1. Verurteilung wegen fahrlässiger Tötung durch Nichtherbeirufung ärztlicher Hilfe bei Kindbettfieber und wegen Unterlassung der Anzeigepflicht. 2. Verurteilung wegen fahrlässiger Körperverletzung durch Gebärmutterzerreissung infolge von Zug an der Nabelschnur zur Entfernung der Nachgeburt.)
24. *Knoop, Uterusruptur. Niederrhein.-westfäl. Ges. f. Gyn. u. Geb. Sitzg. vom 11. Jan. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 738.
25. *Kocks, J., Hydrosalpinx, prolabiert durch Zangenversuch. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 902.
26. *Kosmak, G. W., Case of complete inversion of the uterus. New York Obst. Soc. Sitzg. vom 9. Dez. 1913. Amer. Journ. of Obst. Bd. 69. p. 490.

27. *Kouwer, Uterusruptur. Nederl. gyn. Vereenig. Amsterdam. Sitzg. vom 9. Febr. 1913. Gyn. Rundschau. Bd. 8. p. 343.
28. *Küster, H., Über die Beurteilung der Plazenta hinsichtlich ihrer Vollständigkeit. Med. Klinik. Bd. 10. p. 1409.
29. *Kupferberg, Drei Fälle von Gebärmutterzerreissung. Ärztl. Kreisverein Mainz. Sitzg. vom 7. Febr. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 906.
30. *v. Mandach, G., Ein Fall von spontaner, durch hyaline Muskeldegeneration bedingter Uterusruptur. Arch. f. Gyn. Bd. 103. p. 50.
31. *Maroney, Case of complete inversion of the uterus. New York Obst. Soc. Sitzg. vom 9. Dez. 1913. Amer. Journ. of Obst. Bd. 69. p. 492.
32. *Michaelis, Austritt eines Ovarialkystoms aus dem After während der Geburt. Unterelsäss. Ärzteverein Strassburg. Sitzg. vom 29. Nov. 1913. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 40. p. 366 und Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 154.
33. *Monin, Zur Perforation des Kopfes am lebenden Kinde. Shurn. akush. i shensk. bolezn. Ref. Gyn. Rundschau. Bd. 8. p. 302.
34. *Pentz, Inversio uteri puerperalis. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 233.
35. *Piskaček, L., Über Uterusdivertikel und ihre Beziehung zur Schwangerschaft. Gyn. Rundschau. Bd. 8. p. 1 und Geb.-gyn. Ges. Wien. Sitzg. vom 17. Juni 1913. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 341.
36. Poux, Deux cas d'inversion utérine récente. Soc. d'Obst. et de Gyn. de Toulouse. Sitzg. vom 4. Febr. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 742.
37. *Puppe, Grober Kunstfehler einer Hebamme; Extraktion bei angeblicher Vorderscheitelbeineinstellung mit einer eingeführten Schlinge; Strangmarke am Hals, Tod des Kindes 10 Stunden post partum. Erkrankung der Wöchnerin an schwerer Parametritis. Nordostdeutsche Ges. f. Gyn. Sitzg. vom 29. Nov. 1913. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 253.
38. *Raeder, Uterusruptur. Ärztl. Verein Hamburg. Sitzg. vom 26. Mai. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 51. p. 1201.
39. *Rongy, A. J., und S. S. Arluck, Pituitrin. New York. Med. Journ. Bd. 99. p. 878.
40. *De Rossignoli, G., Zwei Fälle von Prolapsus uteri inversi. Med. Klinik. Bd. 10. p. 1431.
41. Rueder, Uterusruptur in partu. Ärztl. Verein Hamburg, Sitzg. vom 26. Mai. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 1313.
42. Ruth, Über Symphysenruptur. VII. Ärztetag d. estländ. Ärzteges. Sitzg. vom 23. Nov. 1913. St. Petersburger med. Zeitschr. Bd. 39. p. 182.
43. *Schäfer, Inversio uteri puerperalis. Ges. f. Geb. u. Gyn. Berlin. Sitzg. vom 28. Nov. 1913. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 76. p. 273.
44. *— Ruptur der Symphyse unter der Geburt. Ges. f. Geb. u. Gyn. Sitzg. vom 27. Febr. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 76. p. 582.
45. De Snoo, Uterusruptur. Nederl. gyn. Vereenig. Amsterdam. Sitzg. vom 12. Jan. 1913. Gyn. Rundschau. Bd. 8. p. 342. (Wahrscheinlich infolge von Verletzung durch Curettage in der darauffolgenden Schwangerschaft und Geburt entstanden.)
46. *Spire, A., Fall von spontaner puerperaler Uterusinversion. Revue mens. de gyn., d'obst. et de péd. Mai.
47. *Stoll, Zur Frage der subendokardialen Ekchymosen beim Verblutungstod. Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Med. u. öff. San.-Wesen. 3. Folge. Bd. 47. p. 53.
48. *Strassmann, P., Ruptur der Symphyse bei der Geburt. Ges. f. Geb. u. Gyn. Berlin. Sitzg. vom 27. Febr. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 76. p. 584.
49. Tédenat, Inversion uterine. Réunion obst. et gyn. de Montpellier. Sitzg. vom 3. Dez. 1913. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 590.
50. *Telfair, J. H., Complete inversion of the uterus following delivery. New York. med. Journ. Bd. 99. p. 882 und New York Ac. of Med. Section of Obst. and Gyn. Sitzg. vom 24. März. Amer. Journ. of Obst. Bd. 69. p. 1055.
51. *Unterberger, Inversio uteri. Nordostdeutsche Ges. f. Gyn. Sitzg. vom 29. Nov. 1913. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 256.
52. Wallace, R., A case of extensive Rupture of the Uterus in the fifth months of gestation; supravaginal hysterectomy; recovery. Amer. Journ. of Obst. Bd. 69. p. 443. (Ausgedehnte suprazervikale Querruptur des Uterus von unaufgeklärter Ursache; krimineller Eingriff auszuschliessen.)

53. Williamson, G. M., Rupture of symphysis during labor. Journ.-Lancet. Minneapolis. Bd. 34. Nr. 19.
54. *Wolff, Uterusruptur in der alten Kaiserschnittnarbe nach zervikalem Kaiserschnitt. Ges. f. Geb. u. Gyn. Berlin. Sitzg. vom 11. Juli 1913. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 75. p. 740.
55. *Zangemeister, W., Zerstückelnde geburtshilfliche Operationen. Med. Klinik. Bd. 10. p. 961.
56. Zweifel, E., Eklampsie nach Totalexstirpation wegen Uterusruptur mit schwerer Anämie bei einer Viertgebärenden. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 195. (Violente Uterusruptur nach Versuchen mit hoher Zange und Wendung.)

Büschel (10) fand unter 1000 Geburten vier Fälle, in denen sich der Geburtsverlauf — ohne Bewusstseinsstörung — völlig schmerzlos gestaltete; bei Erstgebärenden kann dies auf erhöhter individueller Widerstandskraft, bei Mehrgebärenden auf schneller Folge der Geburten mit Sukkulenz und Dehnbarkeit der Weichteile beruhen.

Uterusruptur.

v. Mandach (30) wies in einem Falle von Uterusruptur, die ohne Dehnungssymptome und ohne stürmische Wehen bei normalem Becken eingetreten war, nicht allein in der Umgebung der Rissstelle, sondern auch in allen Teilen der Muskelwand weitgehende hyaline Degeneration und Zerreisslichkeit der Muskelfasern nach.

Piskaček (35) beschreibt als Ursache einer Uterusruptur eine Divertikelbildung mit Verdünnung der Uteruswand auf 6 mm.

Wolff (54) beobachtete Spontanruptur bei der Geburt in der alten Kaiserschnittnarbe nach zervikalem Kaiserschnitt, der etwas in die Korpusmuskulatur fortgesetzt worden war.

Rüder (d. 133) teilt im Anschluss an drei Rupturfälle (davon ein Fall violent durch Wendungsversuche) eine Statistik über 24 Uterusrupturen (22 während der Geburt) mit, wovon 16 sicher oder wahrscheinlich violent waren; vier waren nach vorausgegangener Metreuryse entstanden.

Ertls (16) Fall beweist, dass eine Uterusruptur vor Eintritt eigentlicher Wehentätigkeit auftreten kann.

Henkel (18) betont, dass Uterusrupturen häufig genug bei ganz spontanen Geburten in Kopflage ohne besonderen Widerstand an irgend einer Stelle eintreten können, ebenso wie auch bei vorsichtigen Operationen bei nicht zu engen Verhältnissen. Ferner wird die Häufigkeit des ganz symptomlosen Eintritts einer Ruptur hervorgehoben.

Ein eigentümlicher Fall von Uteruszerreissung wird von Jellett (20) mitgeteilt. Bei ausgetragener Schwangerschaft wurde versucht, die Wehen durch Einführung zweier Bougies anzuregen, die ohne Widerstand eingeführt werden konnten. Da die Wehen ausbleiben, wurde ein Fuss heruntergeholt und ein mazeriertes Kind entwickelt; beim Versuch der manuellen Entfernung der Plazenta wurde diese nicht gefunden, statt dessen fiel Netz vor und es wurden Darmschlingen gefühlt. Die Laparotomie ergab ausgetragene Extrauterinschwangerschaft und Zerreissung der hinteren Lippe des kleinen und leeren Uterus und des hinteren Scheidengewölbes.

Knoop (24) berichtet über eine Uterusruptur bei einer IIIpara, die durch Reissen einer alten, bei Abrasio eingetretenen Verletzung eingetreten war.

Kouwer (27) beobachtete Uterusruptur bei schwacher Wehentätigkeit ohne sonstige Symptome; ein stark entwickeltes Venengeflecht im oberen Teil der Cervix wird als prädisponierend angenommen.

Kupferberg (29) beschreibt eine weder vom Arzt noch von der Hebamme erkannte tödliche Spontanruptur des Uterus, ferner eine während der Wendung entstandene und wegen Narkose unerkannt gebliebene Ruptur und eine bei schon sichtbarem Kopf bei einer kyphotischen IIpara spontan entstandene komplette Abreissung des Uterus vom Scheidengewölbe.

Raeder (38) beschuldigt eine zu ausgiebige Metreuryse als häufige Ursache der Uterusruptur.

Druskin (13) teilt drei Fälle von Uterusruptur nach Anwendung von Pituitrin mit, jedoch ist nur in einem Falle die Ruptur sicher auf Pituitrin zurückzuführen; in einem Falle ist der Zusammenhang zweifelhaft, im dritten ist ein Zusammenhang ausgeschlossen.

Brosz (9) beobachtete Eintreten einer Uterusruptur 15 Minuten nach Pituitrininjektion. In der Diskussion teilt Singer einen Fall von schwerer Asphyxie des Kindes nach Pituitrininjektion mit.

Everke (17) beobachtete nach Pituitrinanwendung in der Eröffnungsperiode fast vollständige Abreissung des Uterus am unteren Segment.

In der Diskussion teilt Pape gleichfalls einen Fall von fast vollständiger Abreissung des Uterus mit, den er auf Pituitrinanwendung zurückführt.

Rongy und Arluck (39) heben die Gefahr der Uterusruptur bei unvorsichtigem und indikationslosem Gebrauche von Pituitrin hervor.

Andere Zerreissungen bei der Geburt.

Deutsch (12) beobachtete zirkuläres Abreissen der Portio nach Zangenentbindung bei einer 42jährigen Ipara, obwohl der Muttermund verstrichen gewesen sein soll, jedoch war unterhalb des Kopfes eine Falte getastet worden, die der Scheidenwand anzugehören schien.

Michaelis (32) beschreibt eine 8 cm lange Zerreissung der vorderen Mastdarmwand nach energischen Zangen- und Perforationsversuchen mit Vorfall eines kleinfaustgrossen Ovarialkystoms durch den Riss. Die Kranke starb am achten Tage trotz Laparotomie. Die Sektion ergab keine freie Peritonitis, sondern einen grösseren, abgekapselten Abszess um den Uterus.

Kocks (25) beobachtete einen Riss im Scheidengewölbe nach Anlegung der Zange mit Vorfall einer Hydrosalpinx durch den Riss, was auf den Operateur den Eindruck eines Darmvorfalls gemacht hatte.

Schäfer (44) beobachtete Symphysenruptur bei der künstlichen Entwicklung eines sehr grossen Kindes (60 cm, 4650 g), die wahrscheinlich nach vorheriger Perforation bei der Entwicklung der sehr breiten Schultern eingetreten war.

Strassmann (48) berichtet über einen Fall von Symphysenruptur während der Extraktion eines Riesenkindes (55 cm, 5750 g) mit der Zange; durch die geplatzte vordere Scheidenwand fiel die nicht verletzte Blase vor. Tod infolge von Blutung.

Puppe (37) berichtet über einen Fall von Extraktion des Kopfes mittelst Tuchschlinge seitens einer Hebamme, in dem an dem etwas zu frühgeborenen Kinde ausser einer Strangmarke am Hals eine Depressionsfraktur am linken Scheitelhöcker gefunden wurde. Die Anklage wurde, obwohl das Kind starb, nicht auf fahrlässige Tötung, sondern auf fahrlässige Körperverletzung gestellt, jedoch erfolgte Freisprechung.

Inversio uteri.

Schäfer (43) und Jolly (21) setzen bei Inversio uteri eine hochgradige Schlaffheit des Uterus voraus, räumen aber auch dem mechanischen Moment einen wichtigen Einfluss ein. Die zwei von Schäfer mitgeteilten Fälle entstanden bei von einer Hebamme ausgeführten Expressionsversuchen, der von Jolly durch besonders kräftige Expression von ärztlicher Seite bei Placenta adhaerens. Zwei von Franz (Diskussion) beobachtete Fälle entstanden unter seiner eigenen Hand bei Expressio placenta, ebenso zwei von Bumm erwähnte Fälle. In gleicher Weise entstand ein von R. Freund mitgeteilter Fall bei ärztlicherseits ausgeführter Expression. Die Todesursache bei Inversio ist nach Jollys Ansicht die Blutung und nicht der Inversionsschock, während Nacke auch letzterem eine Bedeutung für den tödlichen Ausgang zuschreibt.

Jones (22) erklärt die Atonie des Uterus für die hauptsächlichste prädisponierende Ursache der Uterusinversion; Zug an der Nabelschnur und Druck auf den Fundus spielen die Rolle von auslösenden Momenten. Mehr als die Hälfte aller Fälle tritt spontan ein, wofür der zweite der mitgeteilten Fälle als Beispiel angeführt wird. Im ersten Falle war seitens der Hebamme die Plazenta ohne starkes Ziehen an der Nabelschnur entfernt worden.

Beckmann (3) schreibt ebenfalls der Uterusatonie die Hauptursache der puerperalen Uterusinversion zu und bestreitet die Häufigkeit der violenten Inversion, von denen nur in den allerseltensten Fällen die Rede sein dürfe, wo rohe, allergröbste Gewalt angewandt worden war. Von den zwei mitgeteilten Fällen betrifft der eine einen nur von einer Hebamme überwachten Geburtsfall, in dem allerdings ein Eingriff in Abrede gestellt wurde, der andere die Entbindung einer Erstgebärenden im Stehen.

Alsberg (2) sucht ebenfalls die Ursache der Inversion in einer individuellen Disposition, nämlich in der primären Insuffizienz der Uterusmuskulatur.

Allmann (1) glaubt, dass Zugkräfte allein eine Inversio uteri verursachen und vervollständigen, Druckkräfte allein eine solche einleiten, aber nicht zu Ende führen können.

Telfair (50) sieht in der Atonie die primäre Ursache der Uterusinversion, in dem Druck auf den Uterus und im Zug an der Nabelschnur dagegen die sekundäre Veranlassung.

Von den kasuistischen Mitteilungen über Uterusinversionen treffen auf sicher spontane Entstehung ein Fall von Beckmann (3), ein Fall von Pentz (34) und ein Fall von de Rossignoli (40), ferner auf wahrscheinlich spontane Entstehung zwei Fälle von Allmann (1) (darunter ein Fall von Fundusplazenta), drei Fälle von Hurwitz (19), ein Fall von Kosmak (26) und ein zweiter Fall von de Rossignoli (40). Auf Ausführung des Credéschen Handgriffs wird ein Fall von Allmann (1) und ein Fall von Cragin (Diskussion zu Maroney [31] zurückgeführt, auf manuelle Lösung der Plazenta ein Fall von Croom (11) und ein Fall von Unterberger (51); im letzteren Falle war der Eingriff durch eine Hebamme ausgeführt worden. Zug an der Nabelschnur wird in einem Falle von Spire (46) in Verbindung mit starkem Pressen der Frau beschuldigt. In einem Falle endlich wurde die Inversion auf Zug an der Nabelschnur seitens einer Hebamme zurückgeführt, die wegen fahrlässiger Tötung verurteilt wurde (5).

Blutungen.

Stoll (47) kommt nach Untersuchungen an Tieren zu dem Ergebnis, dass subendokardiale Ekchymosen beim Verblutungstod sehr häufig sind und zwar anscheinend niemals bei sehr rascher, dagegen häufig bei langsamer Verblutung. Sie sind in vollständig schlaffen Herzen zu finden, sogar auch in Herzen, die bis zum Augenblick des Aufschneidens geschlagen hatten, sie sind also ganz sicher vital zustande gekommen. Sie kommen in allen Herzabschnitten vor, am häufigsten im linken Ventrikel. Eine vollständig befriedigende Erklärung ihrer Entstehung ist zurzeit nicht möglich, alle bisherigen Erklärungen sind unhaltbar. Wahrscheinlich werden die subendokardialen oder Verblutungsekchymosen und die subserösen oder Erstickungsekchymosen durch dieselben Faktoren bedingt.

Küster (28) empfiehlt zur Beurteilung der Vollständigkeit der abgegangenen Plazenta die Injektion von Milch in der Nabelvene.

Zerstückelnde Operationen am lebenden Kinde.

Monin (33) erklärt die Perforation des lebenden Kindes in der Praxis für unentbehrlich, besonders wird, wenn die Mutter jede andere Operation verweigert, die Perforation zur Pflicht des Arztes.

Zangemeister (55) erkennt an, dass zerstückelnde Operationen bei lebendem Kinde vor allem in der allgemeinen Praxis nicht entbehrt werden können, dass sie aber auch in Kliniken zuweilen notwendig sind, wenn jeder die Erhaltung des kindlichen Lebens anstrebende Eingriff eine so hohe Gefährdung der Mutter mit sich bringt, dass er unerlaubt ist, oder wenn auch eine nicht-zerstückelnde Operation das kindliche Leben doch nicht zu erhalten imstande ist.

Anhang: Unglücksfälle und Verletzungen der Genitalorgane ausserhalb der Schwangerschaft und Geburt.

1. Albrecht, H., Durch Operation geheilter Fall von schwerer Pfählungsverletzung der Blase. Gyn. Ges. München. Sitzg. vom 26. Febr. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. p. 627. (Siehe Blasenverletzungen.)
2. Ärztlicher Kunstfehler, Verbrennung in der Narkose. Reichsgerichtsurteil. Zeitschr. f. Med.-Beamte. Bd. 27. II. Beilage. p. 105. (Ein Arzt hatte nach Bauchoperation noch in der Narkose einen mit Spiritus geheizten Heissluftapparat aufgelegt, der in Abwesenheit des Arztes umfiel, die Matratze in Brand steckte und schwere Verbrennungen bei der Operierten hervorrief. Verurteilung in drei Instanzen.)
3. *Bauereisen, Fremdkörper in der Bauchhöhle. Nordwestdeutsche Ges. f. Gyn. Sitzg. vom 8. Nov. 1913. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 353.

4. Benestad, G., Hämatom der Vulva und Scheide. Norsk Mag. f. Laegevid. Nr. 2. (Drei Fälle von traumatischen Hämatomen.)
5. *Beckmann, F., A case of mercuric chlorid poisoning due to vaginal douches. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 62. p. 535.
6. Bestrafung eines Naturheilkundigen wegen unrichtiger Behandlung eines Krebsleidens und fahrlässiger Tötung der Kranken infolge Verhinderung einer rechtzeitigen Operation. Reichsgerichtsurteil. Zeitschr. f. Med.-Beamte. Bd. 27. II. Beilage. p. 137. (Bei Uteruskarzinom.)
7. Braude, Uterusperforation mit Abreissung des Wurmfortsatzes und Darmverletzungen. Ges. f. Geb. u. Gyn. Berlin. Sitzg. vom 24. Okt. 1913. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 75. p. 780. (Siehe Jahresber. Bd. 27. p. 924.)
8. *Bretschneider, Über zwei Fälle von Uterusperforation bei Abort. Ges. f. Geb. u. Gyn. Leipzig. Sitzg. vom 19. Jan. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 936.
9. *Bröse, Darmresektion nach Abortbehandlung mit Perforation des Uterus. Ges. f. Geb. u. Gyn. Berlin. Sitzg. vom 24. April. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 76. p. 631.
10. *Bucky, Röntgenverbrennung nach gynäkologischer Tiefenbestrahlung. Berl. vereinigte ärztl. Ges. Sitzg. vom 25. Nov. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 2330.
11. *Budde, M., Über die Schädigung durch Thoriumpräparate vom forensischen Standpunkt. Friedreichs Blätter f. ger. Med. u. San.-Wesen. Bd. 65. p. 81.
12. *Engelmann, Ein Fall von Darmresektion wegen Darmzerreissung. Niederrhein.-westfäl. Ges. f. Gyn. u. Geb. Sitzg. vom 11. Jan. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 546.
13. — Entfernung eines Okklusivpessars aus der Blase mittelst Blasenscheidenschnittes. Klin. Demonstrationsabende Dortmund. Jan. Med. Klinik. Bd. 10. p. 657. (Siehe Fremdkörper der Blase.)
14. Fischer, B., Nekrose der gesamten Scheidenschleimhaut durch Sublimatspülungen; Sublimatvergiftung. Ärztl. Verein Frankfurt a. M. Sitzg. vom 2. Febr. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 624.
15. *Gerich, O., Zur Kasuistik in der Bauchhöhle vergessener Gazekompressen. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 474.
16. Griesau, Über Uterusperforation mit Darmverletzung. Inaug.-Diss. Leipzig 1913. (Ein selbstbeobachteter Fall.)
17. *Herz, E., Zur Verhütung der Uterusperforation während der Ausräumung von Fehlgeburten. Przegl. lek. Nr. 14/15. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 1317.
18. *Hohl, M., Über Verletzungen der äusseren weiblichen Genitale. Inaug.-Diss. München 1913.
19. *Jensen, R., Über Nitritintoxikation bei der Injektion der Beckschen Wismutpaste. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. Nr. 22.
20. Keller, Intrauterinpessar. Ärzteverein Halle a. S. Sitzg. vom 10. Juni. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 1914. (Hatte drei Jahre gelegen.)
21. *Kirchberg, F., Die rechtliche Beurteilung der Röntgen- und Radiumschädigung. Hamburg, L. Gräfe u. Sillen.
22. Köhler, Im Pessar inkarzerierte Portio. Geb.-gyn. Ges. Wien. Sitzg. vom 20. Mai 1913. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 280. (Inkarzeration mit starkem Ödem der Portio, tiefe Furchenbildung an der Vorderwand der Scheide, Kystocele und Harnretention nach Selbsteinführung eines Mayerschen Ringes.)
23. *Krüger-Francke, Unfall und Frauenleiden. Festschr. z. Einweihung d. neuen städt. Krankenhauses zu Kottbus.
24. *v. Kubinyi, P., Verfahren zur Kontrolle der Tupfer bei Laparotomie. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 840.
25. *Kuliga, Fünf Fälle von Uterusperforation. Niederrhein.-westfäl. Ges. f. Gyn. u. Geb. Sitzg. vom 11. Jan. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 550.
26. Lexer, K., Pfählungsverletzungen. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 654. (Fall von Damm-, Scheiden- und Mastdarmperforation durch Sturz auf eine Heugabel bei einem 16jährigen Mädchen.)
27. *Mallett, G. H., Gauze pad left in abdomen during an operation. New York Obst. Soc. Sitzg. vom 14. Okt. 1913. Amer. Journ. of Obst. Bd. 69 p. 140.
28. Malpractice. Med. Record. New York. Bd. 85. p. 1125. (Etwa 36 cm lange Feder eines Instruments zur Uterustamponade hatte den Uterus hinten durchbobrt und war in das Rektum eingedrungen und 15 Tage lang zurückgeblieben. Verurteilung.)

29. Maylard, A. E., The fate of a plug of jodoform gauze accidentally left in the abdomen. Lancet. Jahrg. 92. Bd. 1. p. 608. (Durchbruch einer bei Gallensteinoperation in der Bauchhöhle zurückgelassenen Gazekompresse in das Duodenum.)
30. Nagy, Th., Ein Fremdkörper in der Bauchhöhle. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 684. (4 cm langes Holzstück in der Bauchhöhle; die Art des Hineingelangens blieb unaufgeklärt und es wird angenommen, dass der Fremdkörper verschluckt wurde.)
31. *Noon, Rupture of uterus. Journ. of Obst. and Gyn. of Brit. Emp. 1912. Okt.
32. Oberndorfer, Druckusur und Perforation des Blasenhalses durch ein Vaginalpessar. Gyn. Ges. München. Sitzg. vom 18. Juni. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. p. 687. (Siehe Blasenscheidenfisteln.)
33. *v. Radwanska, Prolapsus uteri in virgine. Gyn. Ges. Krakau. Sitzg. vom 28. Jan. 1913. Gyn. Rundschau. Bd. 8. p. 307.
34. Responsability on surgeons independent of count of nurses for removal of sponges. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 62. p. 154. (Der Operateur wird in erster Linie für das Zurückbleiben von Tupfern in der Bauchhöhle verantwortlich erklärt, und nicht das Pflegepersonal.)
35. *Schubert, G., Tupferkontrolle bei gynäkologischen Laparotomien. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 1153.
36. Truesdale, P. E., The sponge count. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 62. p. 205. (Benützung von Gazetupfern, an die numerierte dollargrosse Metallplatten angehängt werden.)
37. Vaginal casts after quack treatment. New York Med. Journ. Bd. 99. p. 1295. (Ausgedehnte Exfoliation der Vaginalschleimhaut nach pfuscherischer Anwendung eines Alaun enthaltenden Puders in die Scheide.)
38. *Wagner, G. A., Schädigung bei Radiumbehandlung. Ges. d. Ärzte Wien. Sitzg. vom 13. Febr. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 27. p. 164.

Genitalverletzungen durch Unfall.

Hohl (18) beschreibt einen Fall von stark blutender Risswunde des linken Labium majus, bis zum Carpus cavernosum clitoridis reichend, bei einer im fünften Monat Schwangeren infolge von Sturz gegen eine Eisenstange. Trotz Naht erfolgte Exitus.

Krüger-Francke (23) kommt nach einer ausführlichen Darstellung der durch Unfall bewirkten oder verschlimmerten Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane zu dem Schlusse, dass auch für die Beurteilung der traumatischen Frauenleiden die für die traumatischen Hernien gültigen Grundsätze zurecht bestehen und dass ausser der Erheblichkeit und Plötzlichkeit des Unfalls Aussetzen der Arbeit und sofortiges Nachsuchen ärztlicher Hilfe verlangt werden müssen. Der erste Befund muss so ausführlich als möglich niedergelegt sein, weil dieser für die spätere Beurteilung von grösster Wichtigkeit ist.

v. Radwanska (33) beschreibt einen Uterusprolaps bei einer 26 jährigen Virgo, angeblich entstanden durch Sprung aus grösserer Höhe unter starken Schmerzen.

Uterusperforation.

Bretschneider (8) beschreibt eine Uterusperforation nach Einlegung eines Laminariastiftes und digitaler Abortausräumung mit Zerreissung der Cervix und Bildung einer Höhle neben dem Uterus; es wird die Möglichkeit eines vorher von unberufener Seite vorgenommenen Eingriffes in Betracht gezogen. In einem zweiten Falle war mittelst Curette eine Perforation in das rechte Parametrium bewirkt worden; hier erfolgte Exitus an Staphylokokkensepsis trotz Operation.

Bröse (9) berichtet über einen Fall von Perforation des Uterus nach künstlicher Aborteinleitung wegen Epilepsie mittelst Laminariastifts und bei Ausräumung des Aborts mittelst Kornzange, mit der ein am Mesenterium abgerissenes Stück Darm vorgezogen wurde. Die Kornzange wird für die Abortausräumung als das verderblichste Instrument erklärt.

Engelmann (12) teilt zwei Fälle von Uterusperforation mittelst Abortzange mit, in deren einem ein Stück Dickdarm vorgezogen wurde, im anderen (Exitus) wurde sogar das ganze Colon descendens und ein Stück Dünndarm herausgerissen und in der Aufregung abgeschnitten.

In der Diskussion teilt Rühle einen Fall von Uterusperforation mit, in welchem die ganze Hinterwand des Uterus wie mit dem Messer gespalten und eine Dünndarmschlinge, Rektum, S romanum und Colon descendens in zerfetztem Zustande herausgezogen waren —

Exitus. Ebeler beobachtete nach Abortausräumung mit der Winterschen Abortzange Uterusperforation, Einreissen einer Darmschlinge und Abreissen von ihrem Mesenterium, sowie Abreissen der Appendix. Schütte beobachtete zwei Fälle von Darmverletzung und zwei Fälle mit Netzvorfall nach Uterusperforation.

Noon (31) beschreibt eine Zerreissung des Fundus uteri im dritten Schwangerschaftsmonat bei Entfernung der Abort-Plazenta mit Vorfall einer Darmschlinge. Genesung.

Kuliga (25) teilt fünf Fälle von Curettenperforation bei Abortausräumung mit, und zwar dreimal mit Darmfistel; einmal entstand eine Uterusdarmfistel, einmal war der Douglas durchbohrt, der Darm verletzt, und es entleerten sich Kotmassen in die Bauchhöhle und in die Scheide (Exitus), und einmal wurde das Colon ascendens eingerissen und mit dem ganzen Colon transversum vorgezogen — ebenfalls Exitus.

In der Diskussion wird von Knoop, v. Franqué und Rühle nicht dem Instrument selbst, sondern der Art seiner Anwendung, namentlich dem blinden Herumwirtschaften mit der Curette die Schuld an der Perforation zugeschrieben. Schnell und Frankenstein tadeln die Auffassung der Abortausräumung als einer harmlosen Operation.

Herz (17) erklärt die Curette am häufigsten für schuld an Uterusverletzungen bei Abortausräumung; die schwersten Verletzungen kommen bei Verwendung zangenartiger Instrumente vor.

Zurücklassung von Fremdkörpern bei Bauchhöhlenoperationen.

Bauereisen (3) entfernte wegen Ileus ein bei Adnexoperation drei Jahre vorher in der Bauchhöhle zurückgebliebenes Gazetuch, das mit adhärenten Darmschlingen verwachsen und von Eiter umgeben einen Beckentumor bildete.

Mallett (27) beschreibt einen Fall von Zurückbleiben eines Gazestückes im Abdomen nach Appendektomie und Ovariotomie. Bei der Entfernung der Gaze mittelst Laparotomie ergab sich, dass diese an zwei Stellen in den Darm durchgebrochen war.

Gerich (15) erwähnt einen Fall von Zurücklassung einer Gazekompresse bei Laparotomie und Exstirpation einer Ovarialzyste im zweiten Schwangerschaftsmonate. Der Fremdkörper blieb unter Abszedierung und Eiterfistelbildung acht Monate lang in der Bauchhöhle liegen und die Schwangerschaft dauerte bis an das normale Ende fort; erst nach der Entbindung wurde der Fremdkörper entfernt.

v. Kubinyi (24) bemerkt, dass das Zählen der Tupfer nicht vor Irrtümern schützt, sondern schlägt vor, die mit Fäden versehenen Tupfer auf einer 10mal durchlochten Scheibe zu befestigen, so dass die Kontrolle auf einen Blick geschehen kann.

Schubert (35) vermeidet das Zurückbleiben von Tupfern in der Bauchhöhle durch Verwendung von nur zwei grossen Gazetüchern, die durch einen Stopftuchhalter festgehalten werden.

Vergiftungen.

Beckman (5) beschreibt einen Fall von Sublimatvergiftung, bewirkt durch Scheidenspülungen, die eine seit sechs Monaten verheiratete Frau 4—5mal in der Woche in einer Konzentration von 1—2‰ zur Verhütung der Empfängnis ausgeführt hatte. Die Symptome bestanden in Ödemen, Kopfschmerzen, Blässe, Albuminurie und Zylindrurie; Stomatitis und Darmerscheinungen fehlten. Genesung.

Jensen (19) beschreibt heftige Vergiftungserscheinungen nach viermaliger Injektion der Beckschen Wismutpaste in einen nach Bauchdecken und Scheidengewölbe sich öffnenden parametritischen Fistelgang. Die Erscheinungen, die in hohem Fieber, grosser Unruhe, Erbrechen, Zyanose und starker Pulsverschlechterung bestanden, waren erst nach neun Tagen verschwunden. Sie werden auf Nitritintoxikation, hervorgerufen durch das Bacterium coli, zurückgeführt.

Schädigungen bei Strahlenbehandlung.

Kirchberg (21) behandelt in ausführlicher Weise die bei Röntgen- und Radiumschädigung in Betracht kommenden rechtlichen Gesichtspunkte, die zivilrechtliche Haftbarkeit des Arztes, den Begriff der Fahrlässigkeit, die Fragen der Entschädigung und des Vergleichs, der Haftung des ärztlichen Chefs für die Angestellten, ferner auch die strafrechtliche Haftung, ferner die Schutzmittel: Haftpflichtversicherung, Vergleich, Revers und Einwilligung der Kranken. Den Schluss bildet eine Kasuistik von Prozessfällen.

Budde (11) fordert vor allem sorgfältige Indikationsstellung für den Gebrauch von Thorium X und erklärt seine Anwendung bei chronischer Lungenerkrankung, besonders

bei zu Blutung neigenden Tuberkulosen und Bronchiektasien, bei chronischen Darmaffektionen, nachweisbaren Leber- und Nierenerkrankungen und bei Gravidität kontraindiziert. In Fällen von Thoriumvergiftung soll die Leichenöffnung wegen der Kurzlebigkeit des Thorium X so rasch wie möglich erfolgen. Der Tod kann erst nach einigen Wochen eintreten und dann ist von Thorium nichts mehr nachzuweisen. Bei der Sektion ist auf Blutungen in die Magen- und Darmschleimhaut, die Leber, die Nieren und die ableitenden Harnwege, auf parenchymatöse Degeneration von Leber, Nieren und Nebennieren, auf Blutungen im Knochenmark und Verflüssigung des letzteren, auf Lungenkongestion und -Infiltration zu achten. In zweiter Linie kommt der Nachweis der Radioaktivität, besonders an Darminhalt, dann an Knochenmark, Leber, Nieren und Nebennieren in Betracht, der durch vollständige Veraschung dieser Organe und Einbringung in den Elster-Geitelschen Universalapparat zu erbringen ist.

Bucky (10) beschreibt tiefe Hautgeschwüre in der Gegend des Gesässes und der Scham nach Tiefenbestrahlung wegen Uteruskarzinoms. Später entstand nach Einlegung von 25 mg Radium in die Scheide wegen Rezidivs eine Blasenscheidenfistel. Tod an Metastasen. Es wird vor Anwendung möglichst hoher Dosen in kurzen Zwischenräumen gewarnt.

Wagner (38) berichtet über drei Fälle von Entstehung typischer Radiumexulzerationen in der Scheide nach Anwendung grosser Radiumdosen bei Kollumkarzinom und bei Fibrosarkom der Scheide. In einem Falle entstand eine Blasenscheidenfistel, in einem zweiten ausserdem noch eine Mastdarmscheidenfistel.

---

f) Das Wochenbett in bezug auf gerichtliche Medizin.

1. *Bucher, A., Zur Frage der endogenen Infektion im Wochenbett. Inaug.-Diss. Basel.
2. Central Midwives Board. Lancet. Jahrg. 92. Bd. 1. p. 79, 283, 441, 1098, 1362, 1556. (Streichung von Hebammen wegen Unkenntnis des Thermometers und seines Gebrauchs, Unreinlichkeit, Vernachlässigung der Wöchnerinnen, falscher Anzeigen, Vernachlässigung eines Kindes mit Ophthalmoblennorrhoe und Nichtanrufung ärztlicher Hilfe etc., Puerperalfieber, Verweigerung der Herbeirufung des Arztes.)
3. *Döllner, Die puerperale Infektion vom gerichtlich-medizinischen Standpunkt aus. Beitr. z. Klinik d. Infektionskrankh. u. z. Immunitätsforschung. Bd. 2. Heft 2.
4. *Hoehne, O., Über die Leistungsfähigkeit der äusseren Untersuchung während der Geburt. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 509.

4a. Kaestner, Verurteilung von Hebammen. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 1812. (1. Verurteilung wegen fahrlässiger Tötung durch Nichtherbeirufung ärztlicher Hilfe bei Kindbettfieber und wegen Unterlassung der Anzeigepflicht. 2. Verurteilung wegen fahrlässiger Körperverletzung durch Gebärmutterzerreissung infolge von Zug an der Nabelschnur zur Entfernung der Nachgeburt.)

5. Ostermann, V., Pneumokokkeninfektion bei Wöchnerinnen durch eine Pflegerin. Gyn. Helvetica. Frühjahrsausgabe. (Quelle der Infektion war das Mundsekret der Pflegerin, die einen Nasen- und Bronchialkatarrh durchgemacht hatte und in deren Mund die gleichen Diplokokken gefunden wurden.)
6. *Prinzing, Eine notwendige Änderung in der Statistik des Kindbettfiebers. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 40. p. 290.
7. *Spiegel, R., Zur Kenntnis des Tetanus puerperalis. Arch. f. Gyn. Bd. 103. p. 367.
8. Wartena, S., Neuritis ischiadica mit Peroneuslähmung nach Entbindung. Tijdschr v. Geneesk. 24. Jan.

Döllner (3) definiert Kindbettfieber als die Keimerkrankung aller jener Wunden, die unter den Geburtsvorgängen vom Damm bis in die Gebärmutterhöhle hinein entstanden sind. Als Fremdinfektion ist die Übertragung von Keimen der Aussenwelt auf die Geburtswunden zu verstehen. Die Selbstinfektion wird als möglicher Infektionsmodus anerkannt. Über die gerichtliche Beurteilung der puerperalen Wundinfektion werden keine neuen Gesichtspunkte vorgebracht.

Bucher (1) fand unter über 20000 Geburten der Baseler Klinik keinen einzigen Puerperalfieberfall, der sicher als endogen entstanden gedeutet werden könnte.

Prinzing (6) hebt hervor, dass die Zahl der Todesfälle an Puerperalfieber besonders durch Todesfälle nach Abortus erhöht werden und dass die Zahl der kriminellen Aborte wesentlich zugenommen hat. Auf den Leichenscheinen verbergen sich die Todesfälle nach Abort besonders hinter allgemeinen Bezeichnungen wie Bauchfellentzündung, Sepsis, Unterleibsentzündung etc. Es soll deshalb bei allen weiblichen Verstorbenen im gebärfähigen Alter von den Leichenschauern bemerkt werden, ob eine Geburt vorangegangen ist, und an die behandelnden Ärzte sollte die Anfrage ergehen, ob die Geburt eine rechtzeitige oder eine Fehlgeburt war.

Höhne (4) erwähnt den Fall einer tödlichen Streptokokkeninfektion im Wochenbett, dadurch, dass eine Hebamme eine Gebärende innerlich untersuchte, in deren Zimmer deren Ehemann an Gesichtserysipel krank lag.

Spiegel (7) teilt vier Tetanusfälle nach Abort mit, wobei es sich in einem Falle wahrscheinlich um kriminellen Abort handelte; in einem Falle weist der Verdacht auf Veranlassung durch ein vom Ehemanne eingeführtes Okklusivpessar hin, die mit oberflächlichen Verletzungen der Scheide verbunden war.

---

g) Das neugeborene Kind.

1. Adams, A. L., Prevention of blindness caused by ophthalmia neonatorum. Illinois med. Journ. Chicago. Bd. 25. Nr. 3.
2. d'Alessandro, A., El infanticidio y el torno libre. Sem. Med. Buenos Aires. Bd. 21. Nr. 1.
3. *Anlauff, A., Die Sopholprophylaxe bei Neugeborenen und ihre Leistungsfähigkeit. Inaug.-Diss. Greifswald 1913.
4. Aron, Gangrän des Skrotums. Breslauer chir. Ges. Sitzg. vom 19. Jan. Zentralbl. f. Chir. Bd. 41. p. 429. (Fortschreitende Gangrän, Perforation des Skrotum, Phlegmone am Unterarm und Handgelenk; Staphylokokkeninfektion. Sepsis, Exitus.)
5. Audebert, Unstillbare Nabelblutung bei Neugeborenen. Bull. d. l. Soc. d'obst. et de gyn. de Paris. 1913. Mai. (Die Blutung begann am sechsten Lebenstage und führte nach fünf Tagen zum Tode; Annahme einer hämophilen Grundlage; ein tödlicher Fall von Nabelblutung bei einem frühgeborenen Kinde wird in der Diskussion von Ganjon mitgeteilt.)
6. *Baecchi, B., Über die Unterscheidung mütterlichen und fötalen Blutes auf gerichtsärztlichem Gebiete. Arch. di Antropologia crim., psichiatr. e med. leg. Nr. 1. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 1576.
7. Balard, A propos de deux cas d'hémorragie intestinale du nouveau-né. Soc. d'obst. et de gyn. de Bordeaux. Sitzg. vom 28. April. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. p. 432.
8. Bass, M. H., Congenital malaria. New York Ac. of Med. Sitzg. vom 12. Febr. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 62. p. 960 und Arch. of Pediatr. New York. Bd. 31. Nr. 4. (Malariasymptome seit der dritten Lebenswoche.)
9. Bernsten, A., Die Konjunktiva der Neugeborenen ist gewöhnlich nicht steril. Ugeskr. f. Laeger. Bd. 76. Nr. 34.
10. Bierring, W. L., D. L. Glomset und J. A. Goodrich, Status thymolymphaticus, with report of 4 cases in one family. Amer. Med. Assoc. 64. Jahresvers. Section in diseases of children. New York. med. Journ. Bd. 98. p. 40. (Vier Todesfälle.)
11. Birk, W., Leitfaden der Säuglingskrankheiten für Studierende und Ärzte. Bonn, A. Marcus u. E. Weber.
12. Blair, V. P., Treatment of case of birth fracture of shaft of femur. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 18. Nr. 5.
13. *Boerschmann, Zur Frage der Luftembolie der Neugeborenen. Zeitschr. f. Med. Beamte. Bd. 27. p. 453.
14. *Bogdan, G., Ein Fall von Kindsmord während der Entbindung. Vierteljahrsschr. f. ger. Med. u. öff. San.-Wesen. 3. Folge. Bd. 47. p. 120.
15. *Bonnaire, E., und G. Ecalle, De la disjonction diaphyso-épiphysaire traumatique de l'extrémité supérieure de l'humérus chez le nouveau-né (pseudo-luxation de l'épaule). Arch. mens. d'obst. et de gyn. 1913. August.

16. Bonnet-Laborderie, Les hémorragies gastro-intestinales du nouveau-né. Soc. obst. de Lille. 1913. Juni. Revue mens. de gyn., d'obst. et de péd. 1913. Dez. (Vielleicht als Folge einer Einwirkung der Milch auf die Magenschleimhaut zu erklären.)
17. Bordot, E., Fall von Hämaturie bei einem Neugeborenen. Arch. latino-americana de Pediatria. 1913. Mai/Juni. (Bei einem drei Tage alten Mädchen syphilitischer Eltern; es wird Lithiasis für wahrscheinlich gehalten.)
18. *Brav, A., The preventive and curative treatment of ophthalmia neonatorum. New-York. med. Journ. Bd. 99. p. 1029.
19. — Congenital phthisis bulbi. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 63. p. 1949. (Durch intrauterine Infektion von einer vier Wochen vor der Geburt bei der Mutter aufgetretenen pustulösen Akne aus erklärt; Geburt völlig spontan verlaufen.)
20. *Brodhead, G. L., Vagitus uterinus. New York. med. Journ. Bd. 99. p. 1028.
21. Büchler, Fall von angeborener Paralyse des Arms. Erdélyer Museumsverein, Fachsitzg. vom 9. Mai. Pester med.-chir. Presse. Bd. 50. p. 291. (Wahrscheinlich durch intrauterinen Druck auf den Plexus brachialis.)
22. *Cabler, H. A., Intrauterine crying of child during labor. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 63. p. 184.
23. Carmichael, E. S., Melaena neonatorum. Brit. Med. Assoc. Edinburgh Branch. Sitzg. vom 27. Febr. Brit. med. Journ. Bd. 1. p. 592. (Ein Fall.)
24. De Castro, A., Angeborene Fazialislähmung. Neurol. Zentralbl. 1913. Nr. 23. (Auf Agenesie des Felsenbeins beruhend, mit Entwicklungshemmung des äusseren Ohres.)
25. Champtaloup, S. T., Multiple subcutaneous tuberculosis following circumcision and treated by tuberculin. Brit. med. Journ. Bd. 1. p. 814. (Tuberkulöse Infektion der Zirkumzisionswunde.)
26. *Chappuis, Beitrag zur Lebensfähigkeit Neugeborener. Revue méd. d. l. Suisse Rom. Nr. 1.
27. Chauffard, Kongenitaler hämolytischer Ikterus. Annales de Méd. Bd. 1. p. 1. (Wird auf kongenitale Lues oder Tuberkulose zurückgeführt.)
28. Coats, G., Congenital partial paralysis of the oculomotor nerve. Ophthalm. Soc. of the Un. Kingdom. April 1913. Lancet. Jahrg. 92. Bd. 1. p. 1325.
29. Cockayne, E. A., Whooping-cough in first days of life. Brit. Journ. of children diseases. Bd. 10. Nr. 120.
30. *Cole, H. N., und H. O. Ruh, Pemphigoid of the new-born (Pemphigus neonatorum). Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 63. p. 1159.
31. Collander, P. J., Hämophilie eines Neugeborenen. Therap. Gaz. Mai. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 1215. (Fall von Melaena auf hämophiler Grundlage.)
32. *Credé-Hörder, Über Blennorrhoe; wie kann die Blennorrhoe wirksam vermieden werden? Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 230.
33. *— — Warum konnte die Blennorrhoe nicht abnehmen? Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 116.
34. *Dietrich, Über Thymustod. Allg. ärztl. Verein Köln. Sitzg. vom 9. Febr. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 565.
35. Dufour, H., und J. Thiers, Übertragung des Kochschen Bazillus von der Mutter auf das Kind. Gyn. 1913. Juli. (Fall von kongenitalem Aszites, mit Tuberkelbazillen in der Flüssigkeit; Mutter tuberkulös.)
36. Falk, Zur Therapie des Tetanus neonatorum. Verein f. inn. Med. u. Kinderheilk. Berlin. Sitzg. vom 13. Juli. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 51. p. 1436. (Drei Fälle.)
37. Féjer, J., Retrobulbäre Geschwulst bei einem zweiwöchigen Säugling. Ärzteges. Budapest. Sitzg. vom 7. Febr. Wiener med. Wochenschr. Bd. 64. p. 2017. (Mit Exophthalmus.)
38. Feuchtwanger, J., Spontane Nabelschnurruptur bei Kopflage und spontaner Geburt in Rückenlage im Bett. Ärztl. Verein Frankfurt a. M. Sitzg. vom 29. Juni. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 1913. (Kind lebend.)
39. *Fink, Die Duchenne-Erbsche Lähmung der oberen Extremität bei Neugeborenen. V. Kongr. russ. Gyn. u. Geb. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 40. p. 1197.
40. Fischer, A., Thymektomie bei Suffokation verursachender Thymushyperplasie. Ges. d. Ärzte Budapest. Sitzg. vom 10. Jan. Wiener med. Wochenschr. Bd. 64. p. 1478. (Erstickungsanfälle durch die Operation beseitigt.)
41. De Forest, H. P., Thymus death in a young infant. Alumni of the Sloane Hosp. for women. Sitzg. vom 23. Jan. Amer. Journ. of Obst. Bd. 69. p. 693. (Tod eines

Kindes 40 Minuten nach der Geburt infolge Kompression der Trachea durch eine vergrösserte Thymus; in der Diskussion betont Cragin die Häufigkeit des Thymustodes.)
42. Forsell, O. H., Über Sclerema adiposum und dessen Ätiologie. Hygiea. p. 1046. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. p. 616. (Tod am vierten Lebenstage; Sklerem wahrscheinlich Folge einer intrauterinen Infektion.)
43. Franz, R., Vagitus uterinus. Med. Klinik. Bd. 10. p. 147 und Ärzteverein Steiermark. Sitzg. vom 7. Nov. 1913. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 27. p. 1130. (Während des Wigand-Martin-Winckelschen Handgriffes nach Wendung aus Schieflage; Kind asphyktisch, wiederbelebt.)
44. *Fuchs, Wiederbelebung Neugeborener mittelst des Werthschen Schnupftuchmanövers. Nordostdeutsche Ges. f. Gyn. Sitzg. vom 7. Febr. Deutsche med. Wochenschrift. Bd. 40. p. 1498.
45. *Gaifami, Contributo all' anatomia patologica dell' asfissia endouterina e alle cause meno frequenti di morte del neonato. Annali di Ostetr. et Gin. 1912. Nr. 10.
46. *— Intorno a una reazione chimica del sangue nello stato puerperale e nel neonato. La Gin. Bd. 9. p. 497. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. p. 92.
47. *Gaugele, K., Über die sogenannte Entbindungslähmung des Armes. Zeitschr. f. orthop. Chir. Bd. 34. Heft 3/4.
48. Geber, H., Favus bei Neugeborenen. Arch. f. Dermat. u. Syph. Bd. 114. p. 101. (Epidemie bei Neugeborenen, ausgehend von einem Kinde einer an Favus erkrankten Mutter.)
49. Goldmann, J., Über die Todesursachen der unter der Geburt gestorbenen Kinder. Wiener klin. Rundschau. Bd. 28. p. 239. (Statistik.)
50. Goldreich, Zellgewebsverhärtung. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. Wien. Sitzg. vom 5. März. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 27. p. 448. (Bringt die Sklerodermie mit dem protrahierten Geburtsverlauf in ursächlichen Zusammenhang.)
51. *Green, R. M., Intracranial haemorrhage in the newborn. Boston Med. and Surg. Journ. Bd. 170. p. 682.
52. Grön, K., Über Ecthyma gangraenosum. Arch. f. Dermat. u. Syph. Bd. 106. p. 217. (18 Tage altes Kind; grampositive und gramnegative Kokken, Bacillus pyocyaneus ähnliche Stäbchen und Proteus.)
53. Guggisberg, Melaena. Gyn. Ges. d. deutsch. Schweiz. Sitzg. vom 11.—12. Juli. Bern. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 1400.
54. *Gusseff, Anwendung der Nabelklemme Bars. V. Kongr. russ. Geb. u. Gyn. Charkow. Dez. 1913. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 588.
55. *Hannes, Leberruptur bei einem reifen Neugeborenen. Schles. Ges. f. vaterl. Kultur. Sitzg. vom 19. Juni. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 51. p. 1487.
56. — Verblutung nach ritueller Zirkumzision infolge von Hämophilie. Schles. Ges. f. vaterl. Kultur. Breslau. Sitzg. vom 19. Juni. Med. Klinik. Bd. 10. p. 1628. (Ein Fall, Exitus trotz Umstechung, Kompression, Serum- und Kochsalzinjektionen.)
57. Harttung, H., Hämorrhoidalknoten beim Neugeborenen. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 131. Heft 5/6. (Ein Fall.)
58. Hazen, H., A comparison of pemphigus foliaceus and Dermatitis exfoliativa Ritter. Journ. of Cut. Dis. Bd. 19. p. 325. (Fasst ersteren als Pyozyaneus-, letzteren als Staphylococcus albus-Infektion auf.)
59. Hirsch, A., Die physiologische Ikterusbereitschaft der Neugeborenen. Zeitschr. f. Kinderheilk. Bd. 9. Heft 3. (Erklärt den Icterus neonatorum als Folge der schon vor der Geburt im Nabelschnurblut enthaltenen grösseren Bilirubinmenge.)
60. Holloway, T. B., Ophthalmia neonatorum. Pennsylvania Med. Journ. Athens. Bd. 17. Nr. 3.
61. *Holste, C., Ein wasserdichter Nabelverband für Neugeborene. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 1156.
62. *v. Horoskiewicz, Mord durch Erstickung mittelst Einführung von Fremdkörpern in die oberen Luftwege. IX. Tagung d. deutsch. Ges. f. ger. Med. Vierteljahrsschr. f. ger. Med. u. öff. San.-Wesen. 3. Folge. Bd. 47. Suppl. p. 111.
63. Jonas, Seltene Ikterusform beim Neugeborenen. Med. Verein Greifswald. Sitzg. vom 22. Mai. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 40. p. 1799. (Hochgradiger am 2. Tag einsetzender Ikterus mit Milztumor und Hautblutungen.)
64. Jukowsky, V., Enteritis bei Neugeborenen in Verbindung mit allgemeiner Infektion vom Darm aus. R. Wratsch. Bd. 13. Nr. 12.

65. Juler, F. A., Congenital ophthalmoplegia. Ophth. Soc. of the Un. Kingdom. April 1913. Lancet. Jahrg. 92. Bd. 1. p. 1325.

65a. *Jung, Ph., Der Übergang von Arzneimitteln von der Mutter auf den Fötus. Therap. Monatsh. Nr. 2.

66. Kaufmann, Melaena neonatorum. Gyn. Ges. Breslau. Sitzg. vom 16. Dez. 1913. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 374. (In der Diskussion teilt Küster einen Fall von Melaena durch Ulcus rotundum duodeni mit und bezweifelt einen Zusammenhang der Melaena mit Hämophilie.)

67. Kaupe, W., Thymushypertrophie und Röntgenbestrahlung. Monatsschr. f. Kinderheilk. Bd. 13. Nr. 69. (Drei Fälle von Stridor thymicus.)

68. *Kowitz, H. L., Intrakranielle Blutungen und Pachymeningitis haemorrhagica chronica interna bei Neugeborenen und Säuglingen. Virchows Arch. Bd. 215. Heft 2.

69. Küster, Zyste der rechten Nebenniere eines Neugeborenen. Schles. Ges. f. vaterl. Kultur. Sitzg. vom 19. Juni. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 51. p. 1486. (Walnussgrosse Zyste mit wasserklarem Inhalt.)

70. *Kulinski, St., Nabelabfall und Nabelheilung bei Fortlassung des Bades. Inaug.-Diss. Breslau 1913.

71. *Landgraf, W., Über intrakranielle Blutungen beim Neugeborenen mit besonderer Berücksichtigung der Blutungen infolge von Tentoriumzerreissungen. Inaug.-Diss. Marburg.

72. *La Rue, R. E., Heart massage as an aid to resuscitation of stillborn infants. Pediatr. März.

73. Law, F. M., Thymus obstruction. New York Ac. of Med. Sect. on Pediatr. Sitzg. vom 14. Mai. Amer. Journ. of Obst. Bd. 70. p. 293. (Plötzlicher Tod sechs Stunden nach Operation der Gaumenspalte; Vergrösserung der Thymus.)

74. Leo-Wolf, C. G., Case of new-born. Arch. of Pediatr. New York. Bd. 31. Nr. 5.

75. *Lespinasse, V. D., The treatment of hemorrhagic disease of the new-born by direct transfusion of blood, with a clinical report of fourteen personal cases. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 62. p. 1866.

76. *Lévy, De la pathogénie des lésions traumatiques de l'orbite chez le foetus au cours des extractions par le forceps. Annales de Gyn. N. S. Bd. 10. p. 561.

77. Lewis, F. P., The better control of ophthalmia neonatorum. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 62. p. 145. (Vorschlag der obligatorischen Prophylaxe und der unentgeltlichen Verteilung von Ampullen mit dem Prophylaktikum.)

78. *Liebermann, M., Über Geburtsverletzungen der Kinder. Inaug.-Diss. Berlin.

79. *Linzenmayer, G., Der Verschluss des Ductus arteriosus Botalli nach der Geburt des Kindes. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 76. p. 217.

80. *Lövegren, E., Weitere Blutbefunde bei Melaena neonatorum. Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 79. p. 706.

81. Ludwig, Über Tuberkulose der Plazenta und kongenitale Tuberkulose. Gyn. Helvetica. Frühjahrsausgabe. (Einmal Tuberkulose des Fruchtwassers und einmal Tuberkulose des Nabelschnurblutes durch Impfversuch nachgewiesen.)

82. *Luftmann, A., Ein Fall von Erbscher Schulter-Armlähmung beim Neugeborenen. Inaug.-Diss. München 1913.

83. Luzzatti, Beitrag zur Röntgenbehandlung der Thymushypertrophie (Asthma thymicum). Riv. osped. 1913. Nr. 16. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 671. (Zwei Fälle von schwerem Asthma thymicum bei Säuglingen.)

84. *M'Neil, Ch., The association of acutely fatal illness in infants and children with abnormal constitution (status lymphaticus). Edinburgh Med. Journ. N. F. Bd. 12. p. 25.

85. *Manton, W., Asphyxia neonatorum and its sequelae. Med. Soc. of the State of New York. 108. Jahresvers. Med. Record. Bd. 85. p. 868 und Amer. Journ. of Obst. Bd. 70. p. 99.

86. *Masay, F., Die Infektionen des Fötus. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 2238.

87. Mayer, V. A., Über das sogenannte Hungerfieber der Neugeborenen. Mittelrhein. Ges. f. Geb. u. Gyn. Sitzg. vom 3. Mai. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 1177. (Das Fieber wird durch Resorption blutfremder Stoffe vom Darm aus erklärt.)

88. Möller, W., Kongenitale Tuberkulose. Arch. mens. d'obst. et de gyn. Bd. 3. Nr. 7. (Tod zwei Tage nach der Geburt, primäre Infektion vom Magendarmkanal aus.)

89. Morimoto, Über einen Fall von Melaena neonatorum infolge Volvulus des Dünndarms. Inaug.-Diss. München 1913. (Achsendrehung der Wurzel des Mesenterium um 360°.)
90. Moschcowitz, E., Thrombose der Aorta und beider Iliakalarterien infolge von Streptokokkeninfektion der Nabelvene. Proceed. of the New York Path. Soc. Bd. 14. Nr. 1. (Ohne äussere Erscheinungen von Nabelsepsis.)
91. *Van Neck, M., Kongenitale Schulterverletzung. Journ. de Bruxelles. Nr. 11. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 40. p. 1029.
92. *Nippe, Demonstration von Lungenschnitten Neugeborener, betreffend die Diagnose des Lebens nach der Geburt. IX. Tagung d. Deutsch. Ges. f. ger. Med. Vierteljahrsschrift f. ger. Med. u. öff. San.-Wesen. 3. Folge. Bd. 47. Suppl. p. 64.
93. Nobel, E., Chronischer, kongenitaler, acholurischer Ikterus mit Splenomegalie. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. Wien. Sitzg. vom 4. u. 25. Juni. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 27. p. 1045 u. 1129. (Ein Fall.)
94. Oberndorfer, Status thymicolymphaticus. Münchn. Ges. f. Kinderheilk. Sitzg. vom 27. Febr. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 963.
95. *Paulmann, Beitrag zur Frage der Abnabelung und der Versorgung des Nabelschnurrestes. Inaug.-Diss. Kiel 1913.
96. *Pawlicki, Spontane Zerreissung der Nabelschnur während der Geburt. Przegl. lek. Nr. 12. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 1115.
97. Pazzi, Del processo fisiologico e fisiopatologico della maternità ai reati d'infanticidio e di procurato aborto e relative conclusioni. Lucina. Bd. 18. p. 90. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. p. 97. (Untersuchungen über die psychischen Veränderungen in der Fortpflanzungszeit; es werden besondere Gerichtshöfe für die typischen Verbrechen der Mütter verlangt, ähnlich wie die Jugendgerichtshöfe.)
98. *Peltesohn, S., Über Verletzungen des oberen Humerusendes bei Geburtslähmungen. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 51. p. 1162.
99. *Perazzi, P., Zur Unterscheidung der mütterlichen und fötalen Blutflecken. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 991.
100. Petzoldt, R., Über Melaena neonatorum an der Hand von 34 Fällen. Inaug.-Diss. München 1913.
101. Picqué, L., Kongenitaler Schiefhals. Bull. de l'Acad. de Méd. Paris. Bd. 78. Nr. 11.
102. *Rachmanow, Methode der Nichtunterbindung der Nabelschnur. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 590.
103. v. Radwanska, Totale Zerreissung der Umbilikalgefässe bei Placenta praevia. Gyn. Ges. Krakau. Sitzg. vom 11. Nov. 1913. Gyn. Rundschau. Bd. 8. p. 308. (Ausreissung aller velamentös inserierten Gefässe bei Wendung und Extraktion; dennoch Geburt eines nicht asphyktischen, nicht anämischen Kindes.)
104. Reinach, Kasuistik aus der Pathologie des Säuglingsalters. Zeitschr. f. Kinderheilk. Bd. 10. Heft 2. (1. Thrombophlebitis einer Nabelarterie, Thrombose der Nabelvene, Zystenniere, Hypertrophie der Blasenwand, chronisches, intrauterines Nierenleiden; 2. diffuse eitrige Streptokokkenperitonitis bei Thrombophlebitis der Nabelvene.)
105. *Reinhardt, E., Über Pemphigus neonatorum contagiosus. Gyn. Ges. Dresden. Sitzg. vom 15. Jan. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 940 u. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 76. p. 14.
106. v. Reuss, A., Die Krankheiten des Neugeborenen. Berlin, J. Springer. (Enthält eine ausgezeichnete Darstellung nicht nur der eigentlichen Neugeborenenerkrankungen, sondern aller während der Neugeborenenzeit vorkommenden Erkrankungen, sowie der physiologischen Verhältnisse.)
107. — Klonische Zuckungen der rechten Körperhälfte infolge eines Gehirntraumas. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. Wien. Sitzg. vom 19. März. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 27. p. 491. (Entweder durch Commotio cerebri oder durch intrakranielle Verletzung bei der stark protrahierten Geburt.)
108. — Angeborene Fazialislähmung. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. Wien. Sitzg. vom 19. März. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 27. p. 491. (Spontangeburt, Ätiologie unbekannt.)
109. — Zerebrale Erscheinungen infolge Entbindungstraumas. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. Wien. Sitzg. vom 7. Mai. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 27. p. 870. (Hydrocephalus, wahrscheinlich infolge intrakranieller Blutung nach protrahierter Geburt.)

110. Roberts, J. E. H., Brachial birth palsy. R. Soc. of Med. Clin. Section. Sitzg. vom 13. März. Lancet. Jahrg. 92. Bd. 1. p. 822. (Zugleich Subluxation des Schultergelenks und Dislokation des Radiusköpfchens nach vorne.)

111. Robertson, P. H., Persistent asphyxia neonatorum; opening of skull with temporary improvement. Brit. med. Journ. Bd. 1. p. 1016. (Vergeblicher Versuch, ein 1½ Stunden hindurch notdürftig am Leben erhaltenes Kind durch Eröffnung des Schädels zum Leben zu bringen.)

112. Roth, P. B., Birth injury to the upper epiphysis of the left femur with scoliosis. R. Soc. of Med. Surg., Section. Sitzg. vom 3. Febr. Brit. med. Journ. Bd. 1. p. 369. (Keine Angaben über die Entstehung.)

113. *Rüder, Fall von Dermatitis exfoliativa bei einem Neugeborenen. Nordwestdeutsche Ges. f. Gyn. Sitzg. vom 8. Nov. 1913. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 357 und Ärztl. Verein Hamburg. Sitzg. vom 26. Mai. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 1313.

114. *Sakaki, C., Über die Behandlung des Scheintodes bei Neugeborenen. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 40. p. 704.

115. Salzmann, Einschlussblennorrhoe bei Neugeborenen. Wissensch. Vereinig. am städt. Krankenhaus Frankfurt a. M. Sitzg. vom 3. März. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 1421. (Demonstration.)

116. Sarchi, Über abnorme Kürze und Länge, Umschlingungen, Knoten, Torsionen und Insertion der Nabelschnur. Inaug.-Diss. München 1913. (Statistik aus 20000 Geburten.)

117. Sattler, R., Scientific aspect of early infantile ocular contagion (Ophthalmia neonatorum). Ohio State Med. Journ. Columbus. Bd. 10. Nr. 6.

118. Schmitz, W., Untersuchungen zur Pathogenese und Klinik des Icterus neonatorum. Inaug.-Diss. Giessen 1913. (Erklärt den Icterus neonatorum für hämato-hepatogen.)

119. Schöppler, Plötzlicher Tod durch Thymushyperplasie. Zentralbl. f. Path. Bd. 25. Nr. 7. (Bei horizontal liegendem Kind mit herunterhängemden Kopf; die Kompression der Luftröhre durch die sehr grosse Thymus war bei der Sektion nachzuweisen.)

120. *Schridde, H., Der angeborene Status thymo-lymphaticus. Münchn. med. Wochenschrift. Bd. 61. p. 2161.

121. *Schwartz, H., Über seltene Todesursachen bei Neugeborenen. Inaug.-Diss. Göttingen 1913.

122. Sheill, Sp., Kongenitaler Ikterus. Lancet. Jahrg. 92. Bd. 1. p. 1316. (Exitus; Mutter an Gallensteinen und Ikterus leidend.)

123. Shuman, J. W., Intracranial hemorrhage in the infant. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 63. p. 1760. (Subduraler Bluterguss über dem linken Okzipitallappen als Todesursache, bei einem sechs Wochen alten, spontan geborenen Kinde; eine Verletzung beim Geburtshergang kann mangels jeder anderen Ursache nicht völlig ausgeschlossen werden.)

124. Sieber, Kongenitaler Hautdefekt. Nordostdeutsche Ges. f. Gyn. Sitzg. vom 7. Febr. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 569. (Insuläre, von der ganzen Haut entblösste Stellen an beiden Unterschenkeln und Füssen bei einem lebenden Kinde.)

125. *Siegert, Über Thymustod. Allg. ärztl. Verein Köln. Sitzg. vom 30. März. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 1314.

126. Sorgente, Über einen Fall von Ritterscher Krankheit. Monatsschr. f. Kinderheilk. Bd. 5. Nr. 6. (Ein Fall in der zweiten Lebenswoche beginnend, tödlich; ein Fall mit Heilung; nimmt ausser dem parasitären Ursprung toxische und einfach irritativ mechanische Ursachen an.)

127. Sperk, B., Klinische Beobachtungen über Dermatitis exfoliativa. Zeitschr. f. Kinderheilk. Bd. 11. Heft 1. (Einfache Epidermolyse kann bei Neugeborenen durch starkes Schwitzen und seröse Durchtränkung der Haut zustande kommen und ist von Dermatitis exfoliativa zu trennen.)

128. *Stamm, Zur Melaena neonatorum. Ärztl. Verein Hamburg. Biol. Abt. Sitzg. vom 19. Mai. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 51. p. 1200.

129. — Kephalhämatom. Ärztl. Verein Hamburg. Sitzg. vom 13. Mai. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 1201. (Bildung einer Knochenplatte in der Blutgeschwulst.)

130. *Stargardt, Ätiologie der Blennorrhoea neonatorum. Ärztl. Verein Hamburg. Sitzg. vom 12. Mai. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 40. p. 1880.

131. Starr, M. A., Wryneck deformity from congenital nystagmus. Pract. Soc. of New York. Sitzg. vom 2. Jan. Med. Record. Bd. 85. p. 359. (Schiefhals sekundär, Nystagmus kongenital.)
132. Stephenson, S., Ophthalmia neonatorum. Practitioner. London. Bd. 93. Nr. 3.
133. Stevenson, M. D., Prophylaxis of ophthalmia neonatorum. Ohio State Med. Journ. Columbus. Bd. 10. Nr. 8. (Hält nur einen kleinen Prozentsatz der Ophthalmien der Neugeborenen für gonorrhoisch.)
134. Stierlin, E., Ostitis fibrosa bei angeborener Fraktur. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 130. Heft 1/2. (Angeborene Fraktur des rechten Unterschenkels.)
135. *Strassmann, F., Kindersterblichkeit in gerichtlich-medizinischer Beziehung. Vierteljahrsschr. f. ger. Med. u. öff. San.-Wesen. 3. Folge. Bd. 47. p. 1.
136. *Sussmann, Über die Einschlussblennorrhoe der Neugeborenen. Ges. f. Geb. u. Gyn. Berlin, Sitzg. vom 24. Okt. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 75. p. 781.
137. *Szymanowicz, Ein Fall von Haematoma intracraniale bei einem Neugeborenen. Gyn. Ges. Krakau. Sitzg. vom 11. März. Gyn. Rundschau. Bd. 8. p. 307.
138. Tamm, F., Ein Beitrag zur Ätiologie der Dermatitis exfoliativa neonatorum Ritter und ihrer Beziehung zur Impetigo contagiosa staphylogenes. Dermat. Zeitschr. August. (Impetigo bei der Mutter, Dermatitis exfoliativa beim Säugling, ausserdem Ansteckung eines grösseren Kindes; in allen drei Fällen Staphylococcus aureus nachgewiesen.)
139. *Tassius, Ophthalmoblennorrhoea neonatorum, ihre Therapie und Prophylaxe. Gyn. Ges. Breslau. Sitzg. vom 17. Febr. u. 17. März. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 874 u. 946.
140. *Thomas, J. J., Obstetrical paralysis with especial reference to treatment. Boston. Med. and Surg. Journ. Bd. 170. p. 513.
141. *Thomas, T. T., The relation of posterior subluxation of the shoulder-joint to obstetrical palsy of the upper extremity. Annals of Surg. Bd. 59. p. 197.
142. *Tivnen, R. J., Blindness, caused by ophthalmia neonatorum. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 63. p. 1756.
143. *Truesdell, E. D., Further observations on birth fractures. New York Ac. of Med. Sect. on Obst. and Gyn. Sitzg. vom 28. Okt. 1913. Med. Record. New York. Bd. 85. p. 87 und Amer. Journ. of Obst. Bd. 69. p. 151.
144. — Case of birth dislocation of lower femoral epiphysis. Bull. of Lying-in-Hospital of City of New York. Bd. 9. Nr. 4.
145. Van der Bijl, Intrauterine Verwonding der Vrucht. Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. 1912. Nr. 1. (Ausgetragenes Kind mit 1,5 cm langen, granulierenden Flächen an zwei symmetrischen Stellen beider Vorderarme; Ursache unaufgeklärt.)
146. *Vollhardt, W., Die Bedeutung neuerer Methoden zur Unterscheidung mütterlichen und fötalen Blutes für die gerichtliche Medizin. Vierteljahrsschr. f. ger. Med. u. öff. San.-Wesen. 3. Folge. Bd. 48. p. 1.
147. *— Ist die Unterscheidung mütterlichen und fötalen Blutes nach neueren Methoden möglich und kann sie auch praktisch, besonders für die gerichtliche Medizin zur Anwendung kommen? Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 720.
148. Voron und Rey, Un cas d'hémorragie méningée chez un nouveau-né. Réunion obst. et gyn. de Lyon. Sitzg. vom 16. März. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. p. 323.
149. *Walz, Strangfurche der Neugeborenen infolge Krampf des Gebärmutterhalses. Vierteljahrsschr. f. ger. Med. u. öff. San.-Wesen. 3. Folge. Bd. 47. p. 254.
150. Winkler, F., Über Schädelimpressionen bei Neugeborenen und ihre Behandlung. Inaug.-Diss. Breslau 1913. (Sechs Fälle, behandelt mit dem Korkzieher, ein Todesfall.)
151. Wodak, E., Hat Schnuller etwas mit Glossitis exfoliativa zu tun? Prager med. Wochenschr. Bd. 39. p. 28. (Glossitis exfoliativa ist für Anwendung eines Schnullers nicht beweisend.)
152. Wolff, Augenschutz der Neugeborenen. Duxer Zeitg. 1913. Nr. 46. Ref. Ärztl. Sachverständ.-Zeitg. Bd. 20. p. 207. (Gemeinverständliche Belehrung.)
153. *Zacharias, E., Genitalblutungen neugeborener Mädchen. Med. Klinik. Bd. 10. p. 1643.
154. *Zade und Burczinski, Klinische und experimentelle Mitteilungen über Sophol. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 40. p. 647.
155. *Zeckwer, Zur Ätiologie der Melaena neonatorum. Inaug.-Diss. Leipzig.
156. *Ziehe, O., Die Erscheinungen und der Spättod nach Erwürgungsversuch. Vierteljahrsschr. f. ger. Med. u. öff. San.-Wesen. 3. Folge. Bd. 47. p. 20.

Chappuis (26) beobachtete noch 17stündiges Weiterleben eines wenig mehr als fünf Monate getragenen Kindes von 28 cm Länge und 830 g Gewicht.

Jung (65a) betont die Möglichkeit des Übergangs der Medikamente durch die Plazenta auf das Kind, wenn auch in sehr geringen Mengen, und die Möglichkeit einer Schädigung der Frucht, besonders von Chloroform, von Morphium und Chloralhydrat (bei Stroganoffscher Eklampsiebehandlung zwei Todesfälle und eine schwere Asphyxie), endlich bei Skopolamin-Morphiumnarkose; in diesen Fällen ist eine kumulative Wirkung auf das Kind zu fürchten.

Linzenmayer (79) weist in überzeugender Weise nach, dass der Verschluss des Ductus arteriosus Botalli sofort nach der Geburt durch die Drehknickung des Duktusrohrs infolge der Herzverlagerung zustande kommt.

Verletzungen des Kindes bei der Geburt.

Liebermann (78) fand unter 6100 Geburten (Charité) 79mal Geburtsverletzungen, und zwar achtmal Kephalhämatom, viermal Schädelimpression, fünfmal Lähmung und sechsmal Fraktur der Extremitäten, viermal Schädelbrüche, dreimal Halswirbelsäulenzerreissung. 11 Kinder starben an den Folgen der Verletzung und sechs an Asphyxie.

Green (51) hält die Mehrzahl der intrakraniellen Blutungen bei Neugeborenen für subdural, die Minderzahl für intraventrikulär. Die Blutung entsteht entweder durch Zerreissung des Tentorium, der Plexus chorioidei, des Sinus longitudinalis oder der Piagefässe. Die Therapie besteht bei infratentoriellen Blutungen in Lumbalpunktion, bei Konvexitätsblutungen in Kranialpunktion.

Kowitz (68) fand frische intrakranielle Blutungen und deren Reste überaus häufig sowohl bei spontan als auch mit Kunsthilfe Geborener, und zwar an der Dura, demnächst an Pia-Arachnoidea, in den Hirnventrikeln und in der Hirnsubstanz. In 3,9% der Fälle entwickelte sich daraus eine Pachymeningitis haemorrhagica, die entweder noch im Kindesalter zum Tode führt oder vielleicht in Verbindung mit einer Hirnläsion durch das Geburtstrauma die Widerstandskraft anderen Erkrankungen gegenüber herabsetzt.

Landgraf (71) beschreibt 11 typische Zerreissungen des Tentoriums mit neun Todesfällen. Die Möglichkeit der Tentoriumzerreissung ist bei jeder spontanen Geburt gegeben, um so mehr bei schweren Geburten.

Schwartz (121) beschreibt vier Fälle von Tentoriumzerreissung, darunter drei nach Spontangeburt, jedoch wurde die Zerreissung nur in zwei Fällen durch die Obduktion festgestellt.

Szymanowicz (137) führt in einem Falle ein intrakranielles Hämatom beim Kinde auf stürmische Wehentätigkeit zurück, die vielleicht durch subkutane Injektion von Vaporol hervorgerufen worden ist.

Lévy (76) führt Exophthalmus ohne Orbitafraktur nach Zangenentbindung auf schiefe Anlegung der Zange und dadurch bewirkte Verengerung der Keilbeinspalte mit Kompression der diese durchsetzenden Venen und Steigerung des Blutdrucks zurück, wobei ein retrobulbäres Hämatom entstehen kann. Orbitafraktur ohne Exophthalmus dagegen ist Folge einer symmetrischen, aber irregulären Anlegung der Zange, deren eines Blatt auf der Keilbeinfontanelle aufliegt. Diese Verletzungen kommen besonders bei hoher Zange und Beckenverengerung zustande.

Walz (149) beschreibt eine unterhalb des Ringknorpels um den Hals verlaufende, an der Hinterseite sich verlierende gelbliche Strangfurche von weicher Beschaffenheit mit reichlichen, punktförmigen Blutungen beiderseits und vielfach abgeschilferter Haut. Sie war durch Druck des sich zusammenschnürenden Muttermundes entstanden, der in der Vulva sichtbar wurde und inzidiert werden musste. Bei der Mutter (XIpara) war ausserdem im Bereich der Cervix eine inkomplette Uterusruptur spontan entstanden. Das Kind war asphyktisch, wurde aber belebt.

Hannes (55) beschreibt einen Fall von Leberruptur mit Verblutung in die Bauchhöhle bei einem Neugeborenen, dessen Mutter am Tage vor der Geburt mit der Schamfuge auf den Rand eines Eimers aufgefallen war und sich eine stark blutende Wunde an der Klitoris zugezogen hatte. Das Kind kam moribund zur Welt. Wahrscheinlich war die Verletzung bei dem Trauma entstanden und der Geburtsakt kann eine Erneuerung oder Verstärkung der Blutung bewirkt haben. Die Schultzeschen Schwingungen werden nicht als Ursache angesehen, ebensowenig die Asphyxie, weil eine Substanzzertrümmerung vorhanden war, Blutungen in anderen Körperhöhlen fehlten, ebenso Ekchymosen an der Leber, und weil die Schultzeschen Schwingungen richtig ausgeführt eine Schädigung der Organe

nicht bewirken, endlich weil die Zertrümmerung nur klein war. Der Fall wird als Beweis dafür angeführt, dass eine tödliche intrauterine Verletzung der Frucht selbst durch ein unbedeutendes, ja durch ein objektiv nicht nachweisbares Trauma der Mutter hervorgerufen sein kann und dass eine solche Verletzung nicht notwendigerweise durch Manipulationen nach oder bei der Geburt entstanden sein muss.

Gaifami (45) berichtet über sechs Fälle von Bluterguss in die Bauchhöhle infolge von Asphyxie.

Bonnaire und Ecalle (15) weisen nach, dass bei Traumen gegen das Schultergelenk bei Neugeborenen keine Luxation, sondern wegen der Nachgiebigkeit der Epiphysenlinie gegenüber der Festigkeit der Gelenkkapsel stets eine Ablösung der Epiphyse entsteht.

Thomas (141) erklärt die Armlähmung der Neugeborenen nicht durch eine Plexuszerreissung, sondern durch eine Subluxation des Oberarms nach hinten, die durch Druck des Beckens auf die vordere Fläche des Oberarmkopfes bei der Geburt eintritt; die infolge des Traumas eintretende Entzündung in Gelenk und Gelenkkapsel setzt sich nach oben auf den Plexus fort. Man findet in allen Fällen ein nach vorne weit über den Oberarmkopf nach unten herübergebogenes Akromion.

Truesdell (143) beobachtete 14 Fälle von Oberarmfrakturen, 10 nach Wendung und Extraktion, drei nach einfacher Steissextraktion und eine nach spontan verlaufener Schädelgeburt mit schwieriger Entwicklung des nach vorne gelegenen Arms bei engem Becken. Die Fraktur verlief mit einer Ausnahme transversal. Die Heilung kam meist ohne Deformität zustande; wenn eine Deformität zustande kam, war es entweder eine Winkelstellung nach aussen oder eine Deviatio ad latus. Die Lähmung des Nervus radialis trat in jedem Falle gleichzeitig mit der Fraktur ein, so dass sie nicht auf die Kallusbildung und auch nicht auf den Druck des Blutextravasates zurückzuführen ist, sondern auf einen Druck vor Eintritt der Fraktur an der Stelle, wo der Nerv um den Knochen herum verläuft. Der Sitz der Fraktur entspricht der Mitte des Schaftes oder ihrer Umgebung, gewöhnlich unterhalb und nahe der Deltoideusinsertion. Die Heilung erfolgte meistens in drei Wochen, in einem Falle blieb die Handlähmung bis zum Ende der sechsten Woche bestehen. In einem Falle trat gleichzeitig Erbsche Lähmung ein, die nach 11 Monaten erst geringe Besserung zeigte.

Ferner wurden 10 Fälle von Schlüsselbeinbruch beobachtet, acht nach Wendung und Extraktion, einer nach Zangenentbindung und einer spontan nach normaler Schädelgeburt. Der Sitz der Fraktur war entweder in der Mitte oder an der Grenze des mittleren und äusseren Drittels. In den meisten Fällen war die Dislokation nur eine ganz geringfügige.

In zwei Fällen wurden Oberschenkelfrakturen beobachtet, einmal bei Wendung und Extraktion und einmal erst nach der Geburt durch Ergreifen der Beine und gewaltsames Schwingen des asphyktischen Kindes. Bei Nichtbehandlung kommt es hier zu starker Winkelstellung.

Thomas (140) nimmt bei den leichteren Formen von Geburtslähmung des Arms Blutung in die Nervenscheide und in den leichtesten Fällen Dehnung des Nerven mit Exsudation in die Scheide an.

Van Neck (91) unterscheidet wirkliche Geburtslähmungen durch Plexuszerreissung, ferner Lähmungen durch Verstauchung des Schultergelenks und solche durch Epiphysenverletzung. 13 Beobachtungen.

Peltesohn (98) fasst unter dem Namen „falsche Geburtslähmung" die Fälle von ausgesprochener Schultergelenksrigidität, bei denen von vornherein keine Muskellähmung bestanden hat, und diejenigen, bei denen eine Muskellähmung zwar ursprünglich vorhanden war, aber sehr schnell total oder fast total verschwunden ist, zusammen und weist nach, dass diesen Fällen der grössten Mehrzahl nach eine Epiphysenlösung des Humeruskopfes und ihre Folgezustände zugrunde liegen. Die Beobachtungen gründen sich auf 11 Fälle, von denen 5 echte Lähmungen waren, aber auch unter diesen war bei dreien auch noch eine Epiphysenlösung vorhanden. Demnach sind auch bei neurologisch echten Erb-Duchenneschen Lähmungen Epiphysenlösungen nicht selten, bei den falschen Geburtslähmungen ist die Lösung der oberen Humerusepiphyse der Grund für die typische Deformität, und zwar weitaus häufiger als die von Lange angesprochene Distorsion des Schultergelenks.

Fink (39) schildert als Ursachen von Geburtslähmung des Armes auf Grund von 18 beobachteten Fällen verschiedene Verletzungen des Schultergelenks, nämlich Luxationen und Subluxationen, Oberarm- und Schlüsselbeinfrakturen etc. Die Lähmung ist hierbei durch ödematöse Infiltration der Nervenbündel bedingt. Die Ursache der Verletzung wird in dem Missverhältnisse des kindlichen Schultergürtels zum Becken gesucht.

Gaugele (47) erblickt wie Lange in der sogenannten Entbindungslähmung des Armes keine eigentliche Lähmung, sondern eine Kontrakturstellung als Folge einer distorsionsähnlichen Verletzung der Kapsel und der Weichteile des Schultergelenks mit nachfolgender Schrumpfung. Epiphysen- und Knochenverletzungen sind nur zufällige Begleiterscheinungen. In frischen Fällen ist die Prognose gut, aber auch in älteren nicht aussichtslos.

Luftmann (82) nimmt als Ursachen Erb-Duchennescher Lähmung besonders Zangenentbindungen, Extraktionen und Armlösungen in Anspruch.

Pawlicki (96) beobachtete spontane Durchreissung der Nabelschnur durch die den Rumpf nach Geburt des Kopfes ausstossende Wehe, und zwar mit ganz glatter Beschaffenheit der wie mit dem Messer geschnittenen Ränder. Eine glatte Beschaffenheit der Ränder ist also für eine Durchschneidung nicht sicher beweisend.

Asphyxie der Neugeborenen.

Manton (85) scheidet die einfach suffokatorische Asphyxie von der Asphyxie, die durch erhöhten Hirndruck bewirkt wird und unter deren Ursachen er besonders Übereinanderschieben der Knochen und missbräuchliche Anwendung der Zange beschuldigt. Bei dieser Form der bleichen Asphyxie finden sich bei der Sektion punktförmige Blutaustritte in Hirnhäute, Gehirn und Rückenmark. Sie kann nachträglich zu Gehirnkrankheiten führen, indem in 4% der so asphyktischen Kinder Idiotismus eintritt. Für solche Formen von Asphyxie werden Schultzesche Schwingungen als zu eingreifend verworfen und dem Ahlfeldschen Bad und den Methoden von Sylvester, Laborde und Bird der Vorzug gegeben.

Sakaki (114) schlägt vor, den in den Luftwegen befindlichen Schleim durch kräftiges Schütteln des Thorax in Exspirationsstellung herauszubefördern und dann das Kind an den Beinen zu suspendieren und wieder leicht auf- und abzuschütteln, so dass das Kind selbständig atmen kann. Das Verfahren wird als einfach und schonend und als sehr wirksam gerühmt.

La Rue (72) empfiehlt bei tiefer Asphyxie die Massage des Herzens im warmen Bad. Das Kind wird wie zu Schultzeschen Schwingungen vom Rücken her umfasst und die Massage mittelst des auf der vorderen Brustwand liegenden Daumens ausgeführt.

Fuchs (44) empfiehlt zur Ausführung künstlicher Atmung bei scheintoten Neugeborenen das Werthsche „Schnupftuch-Manöver“: steile Hängelage des Kindes mit Erfassen der Unterschenkel, gabelförmiges Umfassen des Nackens mit der anderen Hand, Bewegung der im Knie gebeugten Beine unter starker Kompression des Bauches und Thorax gegen die linke Wange des Kindes und wischende Bewegung mit den Knien quer über Mund und Nasenlöcher weg (Exspiration), dann Verbringen des Kindes in Horizontallage unter Überstreckung der Wirbelsäule (Inspiration). In der Diskussion empfiehlt Queisner bei Asphyxie zweiten Grades Lungentraktionen und Herzmassage.

Brodhead (20) berichtet über Vagitus uterinus bei Schädellage, als die rechte Hand behufs Einführung des linken Zangenblattes nach aufwärts geführt wurde. Das sofort extrahierte Kind war nicht asphyktisch.

Cabler (22) beobachtete Vagitus bei Herabholen der Füsse bei Steisslage und fortgesetztes Schreien bis zur vollständigen Extraktion.

Infektionen bei Neugeborenen.

Masay (86) beschreibt ein Streptobacterium foetidum, welches allgemeine Sepsis bewirkt und leicht durch die Plazenta auf den Fötus übergeht, Abort und Erkrankung des Fötus bewirkt, auch ohne dass die Mutter Krankheitserscheinungen zeigt.

Cole und Ruh (30) wiesen in einer neun Fälle umfassenden Epidemie von Pemphigus neonatorum den Staphylococcus aureus im Blaseninhalt nach. Die Impetigo contagiosa (durch Streptokokken) ist scharf zu trennen vom Pemphigus, dagegen ging in einem Falle — dem Ausgangsfall — die Erkrankung in die Dermatitis exfoliativa (Ritter) über. Ein Fall endete tödlich. In der Diskussion teilt Ravogli einen Pemphigus bei einem Kinde mit, bei dessen Geburt eine mit Paronychia behaftete Hebamme assistiert hatte.

Reinhardt (105) beschreibt eine sechs Monate dauernde Pemphigusepidemie in der Dresdener Frauenklinik mit Erkrankung von 23 Kindern und 22% Todesfällen an Sepsis. Die Befunde von Staphylo- und Streptokokken im Blaseninhalt hält er für Sekundärinfektion durch hautschmarotzende Keime, dagegen fanden sich konstant azidophile, vielleicht dem Lipschützschen Anaplasma liberum entsprechende Körnchenhaufen. Manche Fälle

gingen direkt in Dermatitis exfoliativa Ritter über, so dass beide Erkrankungen für identisch gehalten werden.

In der Diskussion erwähnt Kehrer, dass in einem sicheren und in einem wahrscheinlichen Falle die Kinder schon mit Pemphigusblasen geboren wurden. Dohrn erwähnt einen Fall von Häufung von Krankheitsfällen in der Praxis einer Hebamme, die trotz gründlichster Desinfektion sich wiederholten, und führt die Blaseneruption auf das heftige und kräftige Anfassen der Kinder zurück. Richter glaubt an die Weiterverbreitung der Infektion durch das Bad.

Rüder (113) beobachtete Dermatitis exfoliativa bei einem ins Klosett geborenen und hier wahrscheinlich infizierten Kinde; in den Blasen fanden sich Streptokokken.

Ophthalmoblennorrhoe und ihre Prophylaxe.

Stargardt (130) bestätigt das Vorkommen einer abakteriellen Blepharoblennorrhoe (Einschlussblennorrhoe), die sich durch geringgradigere Entzündungserscheinungen charakterisiert und bei der das Virus in den Einschlüssen der Epithelien enthalten ist. Die Infektion stammt aus der Scheide, in der ebenfalls Einschlüsse zu finden sind. Eine Identität mit Trachom wird abgelehnt. Ausserdem kommen Mischinfektionen (zugleich durch Gonokokken) vor.

Tassius (139) fand unter 168 Ophthalmiefällen nur 58 gonorrhoische, ausserdem Infektionen mit Staphylokokken, Kolibazillen und Pneumokokken; die klinischen Unterschiede zeigen sich erst im weiteren Krankheitsverlaufe besonders an der mehr eitrigen Sekretion und der Beteiligung der Kornea bei Gonorrhoe. Spätfälle werden in Übereinstimmung mit Credé-Hörder aus der Infektion der Meibomschen Drüsen erklärt. Bezüglich der Prophylaxe wurden zwischen 1 und 2%igem Silbernitrat und Sophol keine nennenswerten Unterschiede gefunden. Es wird die obligatorische prophylaktische Credéisierung (gleich dem Impfzwange) gefordert. Sophol macht geringere Reizwirkung als Silbernitrat, aber Schädigungen wurden auch bei letzterem nicht beobachtet. Am meisten wird die Hellendallsche Methode empfohlen.

In der Diskussion erklärt Asch die vielen angeblich nichtgonorrhoischen Ophthalmiefälle daraus, dass nur ein Tropfen hervorquellenden Eiters untersucht wurde und nicht Sekret mittelst des stumpfen Löffels vom Lidrande entnommen wurde; ferner sollen in jedem Falle die mütterlichen Urogenitalschleimhäute untersucht werden, wenn eine gonorrhoische Ophthalmie ausgeschlossen werden soll. Die 2%ige Silbernitratlösung reizt nicht, wenn nur ein Tropfen eingeträufelt wird, und wirkt prophylaktisch sicherer als 1%ige. L. Fränkel macht bezüglich der Spätfälle auf die Differentialdiagnose von Dakryocystoblennorrhoe aufmerksam. Hannes sah nach Sopholprophylaxe 0,29% Erkrankungen an Conjunktivitis gonorrhoica; unter 16 Fällen waren 7 Spätfälle. Wegen der Reizlosigkeit des Sophols wird dieses als offiziell einzuführendes Prophylaktikum empfohlen. Baumm will die gonokokkennegativen Fälle nicht als „gonokokkenfrei" bezeichnet wissen, sondern nur als solche, bei denen Gonokokken nicht gefunden wurden. Kontrolluntersuchungen bei den Müttern haben wegen der Schwierigkeiten des Nachweises alter Gonorrhoen wenig Wert.

Credé-Hörder (33) fand bei einer Umfrage, dass die Ophthalmologen in einem viel grösseren Prozentsatz für die obligatorische Einführung der Credéschen Prophylaxe sich aussprechen als die Geburtshelfer und führt dies darauf zurück, dass letztere von den Resultaten, die in Kliniken erzielt werden, befriedigt sind und die Verbreitung der Ophthalmoblennorrhoe und die durch sie in der Allgemeinheit bewirkten Schädigungen aus eigener Anschauung nicht kennen.

Credé-Hörder (32) betont zur Beseitigung der Blennorrhoe die Wichtigkeit der obligatorischen Ausführung der Prophylaxe, und zwar am besten mittelst der Hellendallschen Methode. Neben dem Silbernitrat kommt am meisten das Azetat und das Sophol in Frage. Von grösster Wichtigkeit ist die Belehrung des Publikums, wozu ein sehr praktisches Merkblatt empfohlen wird, und die sorgfältige Belehrung der Studierenden und der Hebammen, endlich die obligatorische Anzeigepflicht unter strenger Strafandrohung für die Hebammen (Zwangswiederholungskurse, Entziehung der Approbation.)

Brav (18) schlägt die obligate Credésche Einträufelung auch für die Hebammenpraxis vor.

Tivnen (142) erklärt Augeneiterungen, die bis zum Ende des dritten Lebenstages auftreten, für gonorrhoischen Ursprungs; später auftretende Eiterungen können auf anderweitiger Infektion (Pneumokokken, Koch-Weeks, Klebs-Löffler) beruhen. Es wird energische Durchführung der obligatorischen Credéschen Prophylaxe verlangt.

Zade und Barczinski (154) stellen bezüglich der Wirksamkeit auf die Ophthalmoblennorrhoe das Sophol neben das als souveränes Mittel zu betrachtende Silbernitrat und weisen zugleich die von anderer Seite bestrittene Haltbarkeit des Mittels nach.

Auch Anlauff (3) empfiehlt zur obligatorischen Prophylaxe das Sophol.

Sussmann (136) erklärt fast die Hälfte aller Augeneiterungen der Neugeborenen als Einschlussblennorrhoen und weist auf die Impfversuche auf die Konjunktiva und Vagina von Affen und Menschen hin, die für eine Identität von Einschlussblennorrhoe und Trachom zu sprechen scheinen. Die Inkubation ist länger als bei Gonoblennorrhoe und beträgt 5—9 Tage, so dass der Schluss berechtigt erscheint, dass die Mehrzahl der Spätinfektionen, obwohl solche durch Gonokokken nicht auszuschliessen sind, Einschlussblennorrhoen sind. Die Symptome sind milder als bei Gonoblennorrhoe, das Sekret mehr serös oder schleimig eitrig und die Hornhaut wird nicht befallen. In der Genitalschleimhaut sowohl der Väter als der Mütter solcher Kinder wurden ebenfalls Einschlüsse gefunden.

Nabelpflege und Nabelinfektion.

Gusseff (54) empfiehlt den Ersatz der Unterbindung durch die Barsche Nabelklemme und das Weglassen des Bades.

Kulinski (70) berichtet über die Resultate der Nabelbehandlung an der Breslauer Klinik. Unter über 4500 Kindern fand sich 112mal Nabelerkrankung, 31mal ohne Temperatursteigerung und vier Todesfälle. Die Nabelschnur wurde gekürzt (auf 2 cm) mit sterilem Leinenbändchen unterbunden, der Schnurrest mit sterilem Mull bedeckt und mit Nabelbinde verbunden. Alles Baden, auch das erste Reinigungsbad wird fortgelassen. Der Abfall des Schnurrestes erfolgte nach 6,3 Tagen.

Paulmann (95) berichtet über die Abnabelung an der Kieler Klinik: äusserste Kurznabelung auf wenige Millimeter, Trockenbehandlung, Fortlassen der Bäder. Unter über 1400 Fällen kam es niemals zu Nachblutung, 12mal zu Nabelinfektion, darunter zwei Todesfälle.

Holste (61) empfiehlt zwecks Beibehaltung des täglichen Bades die Bedeckung des mit Catgut unterbundenen, kurzgelassenen Nabelstrangs mit einem wasserdichten und doch luftdurchlässigen Stoff, der mittelst Leukoplaststreifen festgeklebt wird. Die vorherige Reinigung des Nabels und seiner Umgebung geschieht mit absolutem Alkohol, der Schnurrest selbst wird mit trockener Watte bedeckt. Die Abnahme erfolgt am sechsten Tage. Die Abstossung des Nabelschnurrestes erfolgt wesentlich schneller als bei den gebräuchlichen Methoden.

Rachmanow (102) bezeichnet die Nichtunterbindung der Nabelschnur als die einzige naturgemässe Behandlung der Nabelschnurversorgung. Unter 10000 Kindern wurde bei 82,83% die Unterbindung unterlassen, ohne dass jemals eine Blutung aus der nach Aufhören der Pulsation (etwa 12—18 Minuten p. p.) durchtrennten Schnur vorgekommen wäre. Der Schnurrest trocknet schon nach 20—30 Stunden vollständig ein und der Abfall erfolgt nach 5—6 Tagen. Die Unterbindung der Schnur sollte nur in pathologischen Fällen unter bestimmten Indikationen (Blutung aus der Schnur, Asphyxie) vorgenommen werden.

Blutungen bei Neugeborenen.

Stamm (128) beschreibt fünf Fälle von Melaena und nimmt die heterogensten Ursachen dafür in Anspruch. Bei einem mit Zange entwickelten Kinde fand sich bei der Sektion neben allgemeiner Anämie und Pleuraekchymosen ein Schleimhautdefekt unterhalb des Pylorus, der auf Embolie, Hyperämie infolge von Asphyxie, zentraler Vasomotorenreizung etc. beruhen kann. In der Diskussion bestätigen Simmonds und Fahr, dass sehr verschiedene Ursachen für Melaena in Frage kommen; Fränkel betont als Ursachen meistens hämorrhagische Erosionen des Magens aus unbekannter Ursache, vielleicht infolge grosser Erregbarkeit des Zentralnervensystems. Allard hebt den zuweilen regionären Charakter der Melaena hervor.

Lövegren (80) führt die Melaena in erster Reihe auf eine Störung im Koagulationsmechanismus des Blutes im Sinne einer Verlängerung der Gerinnungszeit zurück, ferner auf Störung der morphologischen Verhältnisse der Erythrozyten (Auftreten von Stechapfelformen, Rollenbildung und Grössenunterschiede) zurück.

Zeckwer (155) fand unter sechs Melaenafällen dreimal kongenitale Lues und einmal septische hämorrhagische Diathese als Ursache, in zwei Fällen blieb die Ursache unaufgeklärt.

Lespinasse (75) führt als wichtigste Ursachen der hämorrhagischen Diathese der Neugeborenen an: Syphilis, Infektion, Hypoplasie der die Gerinnung bewirkenden Blutbestandteile und Asphyxie. Die Sektion lässt meistens keine gröberen Veränderungen nachweisen.

Zacharias (153) fand unter 400 neugeborenen Mädchen 10mal Blutabgang aus der Scheide und unter 12 Sektionen einmal Blutung aus dem Uterus. Im Gegensatz zu Halban sucht Zacharias die Ursache dieser Blutabgänge, die immer nur spärlich sind, in den Druckwirkungen auf den kindlichen Körper bei der Geburt, da er sie stets bei durchschnittlich grösseren Kindern beobachtete. Mit menstruellen Vorgängen haben die Blutabgänge nichts zu tun.

Plötzliche Todesfälle bei Kindern.

Dietrich (34) erkennt die komprimierende Wirkung der Thymus auf die Trachea bei Kindern und die Möglichkeit plötzlicher Todesfälle aus dieser Ursache an. Es kommt aber weniger auf die Grösse der Thymus, sondern auf die kompakte, dicke und knollige Beschaffenheit der Drüse an. Bei der Sektion ist der Turgor verschwunden, so dass eine eigentliche Kompression nicht mehr zu erkennen ist, aber intra vitam wird besonders beim Schreien, Pressen und Husten und durch ungünstige Gefässversorgung und dadurch bewirkte akute Schwellungen die Kompressionswirkung und Stauung gesteigert. In der Diskussion führt Cahen einen Fall von bei Tracheotomie direkt beobachteter tödlicher Erstickung infolge Kompression durch die stark vergrösserte Thymus an.

M'Neil (84) erklärt es für eine erwiesene Tatsache, dass durch Thymushypertrophie plötzliche Todesfälle bei Kindern hervorgerufen werden können.

Schridde (120) betont die Existenz eines angeborenen und vererbbaren Status thymico-lymphaticus; er fand bei Totgeborenen die Thymusgewichte sehr schwankend, aber zuweilen die Drüse sehr vergrössert, bis zu 26 g gegenüber der Durchschnittsgewichte von 13—15 g.

Siegert (125) hebt hervor, dass von Thymustumor nur dann gesprochen werden kann, wenn das Gewicht die normale Durchschnittsgrösse (12 g beim Neugeborenen, 23 bis 26 g beim 10jährigen Kinde) um 50—100% übersteigt. Für die Kompression wird besonders die Dickenzunahme von Bedeutung, und wenn dicke Zapfen durch die obere Thoraxapertur nach oben ragen. Für die Kompression kommt besonders die A. anonyma, die Aorta, die Halsvenen und die Trachea in Betracht. Der Tod kann ohne Vorläufersymptome plötzlich eintreten, besonders bei Zurückbeugen des Kopfes, Sondenfütterung, Intubation und Narkose.

Strassmann (135) bespricht die plötzlichen Todesfälle bei Kindern und nimmt sowohl die Möglichkeit eines plötzlichen Todes durch Hyperplasie der Thymus auf mechanischem Wege, als auch in der Form des Status thymicus durch toxische Einflüsse auf dem Wege einer inneren Hypersekretion an. Diese Todesfälle sind äusserst selten, in gleicher Weise selten sind die Todesfälle durch absichtliche Vernachlässigung und ungenügende Ernährung („Engelmacherei"), deren Nachweis aber durch den Sektionsbefund einer Atrophie allein nicht geführt werden kann. Als fahrlässige Schädigungen können nur ganz grobe Verstösse und Verabreichung offenbar unverdaulicher schwerer Kost vor Gericht bezeichnet werden.

Gerichtsärztliche Untersuchungen zum Nachweis der Kindestötung.

Nippe (92) teilt im Nachtrag zu seinen früheren Mitteilungen über die histologische Untersuchung von Lungen Neugeborener mit, dass bei höheren Fäulnisgraden wegen der leichten Zerstörbarkeit der Bronchialepithelien die Probe versagt. Ferner wird festgestellt, dass bei mazeriert geborenen Kindern die Trachea nicht offen steht, sondern dass die aneinander liegenden Wände eine nach hinten konkave Sichel bilden. Schliesslich wird ein Fall von einer angebrannten Kindesleiche angeführt, in welchem die stark geschrumpfte gummiartige Lunge so weit aufgeweicht werden konnte, dass durch mikroskopische Untersuchung an der völlig gleichmässigen Entfaltung aller feinen Luftröhrenäste festgestellt werden konnte, dass das Kind nach der Geburt geatmet hatte.

In der Diskussion spricht Horoskiewicz die Erwartung aus, dass die mikroskopische Lungenprobe eine wichtige Bereicherung der gerichtlich-medizinischen Technik bilden werde.

v. Horoskiewicz (62) bespricht sechs Fälle von gewaltsamer Erstickung von Kindern durch Fremdkörpereinführung in die oberen Luftwege. In vier Fällen liessen sich Durch-

reissung eines Gaumenbogens, Risswunden in der hinteren Rachenwand, ausgedehnte Blutunterlaufungen der Mundhöhlenschleimhaut und Schleimhautrisse an den Wangen feststellen, in einem Falle ausserdem Würgespuren und in einem eine Strangrinne und Fraktur einiger Rippen. In einem ausführlicher mitgeteilten Falle war die Erstickung durch einen in den Schlund eingekeilten Hufeisenstollen erfolgt, der von fremder Hand eingeführt worden war, aber ohne dass irgend welche Verletzungen in Mund und Rachen vorhanden gewesen wären. Der letzte Fall betrifft eine Erstickung durch gewaltsame Einführung eines Korkstopfens, wobei Risse und Blutunterlaufungen an den Gaumenbögen entstanden waren.

Boerschmann (13) verteidigt neuerdings gegen Angriffe Richters die Deutung des von ihm veröffentlichten Falles von Luftembolie durch die Nabelschnur (siehe Jahresbericht Bd. 25, p. 885) und bekämpft Richters Anschauung über die durch mangelhafte Sektionstechnik hervorgerufene postmortale Luftembolie im Herzen, die er durch Experimente vergeblich zu erzielen versuchte.

Bogdan (14) beschreibt einen Fall von versuchter Kindestötung durch die Mutter bei eben geborenem Kopf, indem sie mit beiden Händen um den Hals griff, um das Kind zu erwürgen. Da ihre Kräfte sie verliessen, führte die Mutter der Gebärenden mit einem Hackbeil einen Schlag gegen den Kopf des Kindes und durchtrennte schliesslich die Nabelschnur ebenfalls mit dem Hackbeil. Am kindlichen Halse fanden sich vielfache Finger- und Nägeleindrücke, Kratzspuren und Verletzungen der Epidermis, ferner Blutaustritte im Zellgewebe und den Muskeln des Halses, Blutgerinnsel und blutiger Schleim in Mund, Kehlkopf, Trachea und Bronchien, die Lungenränder lufthaltig, die Lungen schwimmend, zahllose Ekchymosen auf der Oberfläche, desgleichen unter dem Perikard, ein Bruch des rechten Scheitelbeins mit blutbedeckten Rändern und ein Bluterguss unter dessen Periost. Als entscheidende Todesursache wird im Gutachten der Schädelbruch bezeichnet. Der Fall wird als Beweis angeführt, dass eine Gebärende bei in der Vulva stehendem Kopf mit den Fingern zu ihm gelangen und Erwürgungsversuche ausführen kann. (Da der Kopf die Vulva bereits verlassen hatte, kann man von „in der Vulva stehendem“ Kopf geburtshilflich nicht mehr sprechen, Ref.)

Ziehe (156) beschreibt einen Fall von Erwürgungsversuch an einem nicht völlig ausgetragenen neugeborenen Kindes durch den unehelichen Vater, der nach der Geburt, als er sich unbeobachtet glaubte, die Versuche ausführte. Die Sektion ergab ausser Luftfüllung der gesamten Lunge deutliche Würgespuren mit Fingereindrücken an beiden Halsseiten, Blutungen in den hinteren Teilen der Zunge und an den Stimmbändern und den vom Kehldeckel zum Kehlkopf ziehenden Falten. Das Kind starb erst nach 40 Stunden, da beim Würgeakt der Druck zwar stark, aber nur kurzdauernd war und kurzdauernde Abschneidung der Sauerstoffzufuhr nicht sofort tödlich zu wirken braucht. Die Verurteilung erfolgte wegen schwerer Körperverletzung. Die angeknüpften Erörterungen Ziehes beziehen sich grösstenteils auf Erwürgung bei Erwachsenen; hervorgehoben wird, dass der Tod nicht sofort einzutreten braucht, dass Ergüsse in die Gefässwand und Rupturen derselben bei Neugeborenen auf die Zartheit der Wandungen der Vasa vasorum zurückzuführen sind und dass ein selbst mit starkem Druck auf lebenswichtige Halsnerven einhergehender Würgeversuch an einem neugeborenen Kinde gleich nach der Geburt infolge geringer Erregungsfähigkeit des Nervensystems bedeutend später zur Bewusstlosigkeit führt als beim Erwachsenen.

Vollhardt (146, 147) veröffentlicht Untersuchungen über die Frage, ob sich die Methode von Herrmann und Neumann zur Unterscheidung von mütterlichem und kindlichem Blut für die gerichtliche Medizin verwenden lässt. Die Methode, welche sich auf die in der Schwangerschaft erheblich gesteigerte Lipoidämie gründet, während diese bei Neugeborenen sehr gering ist, besteht in 24stündiger Extraktion des defibrinierten Blutes mit der 10fachen Menge 96%igen Alkohols; nach Filtration des von der Mutter herstammenden Extraktes entsteht durch Zusatz von Wasser, verdünntem Alkohol, konzentrierter Salz- oder Schwefelsäure eine milchige Trübung, dagegen bleibt es bei Zusatz von Platinchlorid klar; das Extrakt des kindlichen Blutes verhält sich gerade umgekehrt. Bei angetrocknetem Blut werden 20—30 qcm grosse Flecken aus der Leinwand ausgeschnitten und mit 5 ccm 96%igen Alkohols 24 Stunden lang extrahiert. Die Proben mit Wasser und Salzsäure erwiesen sich auch hier als zuverlässig, dagegen versagte die Probe mit Platinchlorid, und zwar versagte beim mütterlichen Blut vor dem 50. Tage die Probe niemals, so dass der Schluss gezogen wird, dass von einem Extrakt, das nicht älter als etwa 50 Tage ist und bei dem die Reaktion fehlt, mit grosser Sicherheit gesagt werden kann, es stamme von kindlichem Blut. Positiv ausfallende Proben sagen nichts Bestimmtes, dagegen ist mit grosser Gewissheit anzunehmen, dass es sich um kindliches Blut handelt, wenn die Probe negativ ausfällt oder wenn eine nur ganz schwach opaleszierende, eben wahrnehmbare Veränderung eintritt.

Ausserdem prüfte Vollhardt die Abderhaldensche Methode in der Modifikation von Corin und Welsch (siehe Jahresbericht Bd. 27, p. 903) nach der gleichen Richtung, kommt jedoch zu dem Ergebnisse, dass diese Probe weder mit älteren, nicht sterilen und hämolytischen Seris, noch mit Extraktion aus Blutflecken nur einigermassen sichere Resultate gibt, also zur Verwendung für die gerichtliche Medizin bisher unbrauchbar ist.

Baecchi (6) wies nach, dass das Verfahren der Isoagglutination in der grossen Mehrzahl der Fälle die Unterscheidung mütterlichen von fötalen Blutes ermöglicht, indem ersteres die menschlichen Erythrozyten meistens, letzteres niemals agglutiniert. Durch das Verfahren der Heteroagglutionatin kann man stets mit Sicherheit mütterliches vom fötalen Blut unterscheiden, indem ersteres tierische Erythrozyten (von Hund, Kaninchen, Meerschweinchen) immer agglutiniert, letzteres niemals.

Gaifami (46) fand bei Nachprüfung der Untersuchungen von Neumann und Herrmann, dass bei Azetonextraktion der Blutflecken die Reaktionen auf mütterliches oder fötales Blut noch klarer ausfallen als bei Alkoholextraktion.

Perazzi (99) fand, dass mittelst der Neumannschen Reaktion (Wasserzusatz zu dem filtrierten Alkoholextrakt) noch nach 40 Tagen mütterliches und kindliches Blut genau zu unterscheiden sind. Es soll vor Ausführung der Probe das Reingewicht des auf Leinwand eingetrockneten Blutes festgestellt werden, das mit dem 50fachen Volumen Alkohol extrahiert werden soll.

Anhang: Missbildungen.

1. Abels, Ein Fall von Fontanellenknochen. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. Wien. Wiener med. Wochenschr. Nr. 50. p. 2513. (Auf die grosse Fontanelle entfallen 8% aller Fontanellenknochen.)
2. Aimes und Delord, Tératomes de la région sacro-coccygienne. Soc. des Sc. méd. de Montpellier. Revue de Chir. Bd. 49. p. 705.
3. Albeck, Misfoster med Sirenedannelse. (Missgeburt mit Sirenebildung.) Dem. Ges. f. Gyn. u. Obst. Kopenhagen. 4. Febr. Ref. Ugeskr. f. Laeger. p. 1886. (O. Horn.)
4. — Dem. af et Misfoster med Sammenvoksning mellem Placenta og Underextremiteterne. (Dem. einer Missbildung mit Zusammenwachsen von Plazenta mit den Unterextremitäten.) Ges. f. Gyn. u. Obst. Kopenhagen. 12. Nov. 1913. Ref. Ugeskr. f. Laeger. p. 1875. (O. Horn.)
5. Altschul, W., Myelodysplasie. X. Kongr. d. Deutsch. Röntgenges. Berlin. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 40. p. 1352.
6. Ambrosini, A proposito di trasmissione della sifilide nella gravidanza gemellare. L'arte ostetr. XXVIII. Nr. 8. Gyn. Rundschau. Heft 12. p. 463.
7. Amenta, F., Ursachen des Hydrocephalus congenitus. Pediatria. Neapel. Bd. 22. Nr. 8.
8. Anton, G., und H. Zingerle, Genaue Beschreibung eines Falles von beiderseitigem Kleinhirnmangel. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd. 54. Heft 1.
9. Applegate, J. C., Four unusual obstetric complications. New York Med. Journ. Bd. 100. Nr. 5. (Hasenscharte, Wolfsrachen, Schulter- und Ellbogenankylose, Aszites.)
10. Aschheim, Missbildung infolge amniotischer Stränge. Ges. d. Charitéärzte. Sitzg. vom 12. Febr. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 51. p. 655. (Enzephalocele, Missbildung des Auges und der Ohrmuschel, Abschnürung von Zehen, Klumpfuss, Hautanhang am Oberarm etc.)
11. — Missbildung infolge amniotischer Stränge. Ges. d. Charitéärzte Berlin. 12. Febr. Münchn. med. Wochenschr. Jahrg. 61. Nr. 27. p. 1402. (Demonstration einer derartigen Missbildung.)
12. Ashhurst, Congenital deformity of the auricle and external auditory meatus, with lop ear. Philadelph. Ac. of Surg. Sitzg. vom 3. Nov. 1913. Annals of Surg. Bd. 89. p. 285.
13. — Imperforate rectum. Ebenda. p. 286.
14. Austregesilo, A., und F. Esposel, A proposito de une caso achondroplasia. Brazil. Medico. Rio de Janeiro. Bd. 28. Nr. 13.

15. Babonneix, Über den Einfluss der Syphilis auf die Erzeugung fötaler Missbildungen. Gaz. des hôp. Jahrg. 86. Nr. 141. p. 2237/38. 1913. (In den drei Generationen weisen von vier Kindern zwei deutlich syphilitische Veränderungen auf, das eine ausserdem einen angeborenen Herzfehler und das andere eine Missbildung des Magens.)
16. Bankart, B., Case of makrodactylie. R. Soc. of Med. Subsection of Orthopaed. Brit. med. Journ. Bd. 1. p. 655.
17. Barbézieux, G., Kongenitale Missbildung durch Lepra. Revue de Méd. 1913. Sept. (Handverkrümmung und Spaltfuss beiderseits bei zwei Kindern lepröser Eltern.)
18. Barrington-Ward, Congenital enlargement of the colon and rectum. Brit. Journ. of Surg. Bd. 1. Nr. 3.
19. Bauer, Hypoplasie des Femur. Schles. Ges. f. vaterl. Kultur. Sitzg. vom 26. Juni. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 51. p. 1586.
20. Beifeld, A. H., Case of hydrocephalus. Michigan State Med. Soc. Journ. Grand Rapids. Bd. 13. Nr. 9.
21. Bensaude, R., und E. Sorrel, Megakolon, sechs Fälle. Arch. de l'App. dégestif. Paris. Bd. 8. Nr. 1.
22. Benthin, Zystenniere bei einem Neugeborenen. Nordostdeutsche Ges. f. Gyn. Sitzg. vom 20. Juni. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. p. 309. (Zugleich Anencephalie.)
23. Bernstein, P., Untersuchungen über das Vorkommen von Bruchanlagen bei Föten und jungen Kindern. Arch. f. klin. Chir. Bd. 103. Heft 3.
24. Bertolotti, M., Nanismo familiar por afasia condral sistematizada; mesomelia y braquimelia metapodial simetrica. Sem. Med. Buenos Aires. Bd. 21. Nr. 2.
25. Bettmann, Beitrag zur Lehre von den kongenitalen Dyskeratosen. Arch. f. Dermat. Bd. 110. p. 15.
26. Beyer, Bericht über einen Anocellus und einen Anencephalus mit Adhäsionen an der Plazenta. Diss. Halle 1913.
27. Bibergeil, Die Beziehungen der Spina bifida occulta zum Klauenhohlfuss. Zeitschr. f. orthop. Chir. Bd. 33. Heft 1/2.
28. Bien, Sternaldefekt. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. Wien. Sitzg. vom 25. Juni. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 27. p. 1129.
29. — Demonstration eines 21 Monate alten Kindes mit einem Sternaldefekt. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. zu Wien. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 31. p. 1489. (Sternum fehlt bis auf den Schwertfortsatz vollständig.)
30. Biesenberger, Abnorm stehender Daumen. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 88. Heft 3.
31. Binet und Mutel, Une observation de meningo-encéphalocèle frontale. Réun. obst. et gyn. de Nancy. Sitzg. vom 22. Mai. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. p. 433.
32. Blencke, Hochgradige Klumpfüsse. Med. Ges. Magdeburg. Sitzg. vom 20. Nov. 1913. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 389.
33. Blinnikoff, Über einige Kopfmissbildungen. (Russisch.) Festschr. f. Prof. Pobedinsky. p. 167—190. (Beschreibung zweier Missbildungen. 1. Kraniorachischisis. 2. Hemicephalus. Ausführliche Statistik von Missbildungen, besonders des Kopfes.)
34. Böhm, K., Über kongenitale vordere und hintere Synechien der Iris und Hydrophthalmus. Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. Juni.
35. Börger, Arachnodaktylie. Münchn. Ges. f. Kinderheilk. Sitzg. vom 27. Febr. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 963.
36. — Zwei Fälle von Arachnodaktylie. Münchn. Ges. f. Kinderheilk. Sitzg. vom 5. Juni. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 1980.
37. v. Bókay, Z., Fall von persistierendem Truncus arteriosus communis. Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 80. p. 327. (Ausserdem Septumdefekt, offenes Foramen ovale und Ductus Botalli.)
38. Bonnaire und Durante, Un nouveau cas de dysplasie périostale. Soc. anat. de Paris. Februarsitzg. Annales de gyn. et d'obst. 2. Serie. Bd. 11. p. 290. (Chondrodystrophischer Mikromelos.)
39. Bonney, Hernia into the umbilical cord. Proc. Roy. Soc. of Med. Sect. of obst. a. gyn. Vol. VII. p. 228. Zentralbl. f. d. ges. Geb. u. Gyn., Bd. 5. S. 380. (Kricketballgrosser Bruch mit Eingeweide gefüllt. Operation. Exitus.)
40. Bookman, M. R., Congenital malformations of rectum and anus. New York State Journ. of Med. Bd. 100. Nr. 9.
41. Bovin, Kongenitale Atresia oesophagi. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 236. (Ref.) (Einmündung in die Trachea.)

42. Bradford, E. H., Beiträge zur kongenitalen Hüftgelenksluxation. Zeitschr. f. orthop. Chir. Bd. 34. Heft 3/4.
43. Brandeis, Kyste congénital du rectum. Soc. de Méd. et de Chir. Sitzg. vom 30. Jan. Journ. de Méd. de Bordeaux. Bd. 85. p. 98.
44. Brandenberg, Drei seltene Missbildungen. Zeitschr. f. orthop. Chir. Bd. 33. Heft 3/4. (1. Doppelseitige Hand- und Fussmissbildung, 2. vollständiger Mangel des Oberarmbeins, 3. doppelseitige Klumphand, rechts mit Radiusdefekt.)
45. Brandes, Kongenitale, multiple Deformitäten. Med. Ges. Kiel. Sitzg. vom 16. Juli. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 51. p. 1691. (Kontraktionsstellung der Arme und Beine, beiderseitiger Klumpfuss, Hämolymphangiom auf der Stirn.)
46. Brau-Tapie, J., Varices congénitales du membre inférieur. Arch. gén. de chir. Bd. 8. Nr. 1.
47. Brenner, Hasenscharte und Gaumenspalte. Ärzteverein Oberösterreich. Sitzg. vom 4. Dez. 1913. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 27. p. 732.
48. Broadbent, W., Congenital pulmonary stenosis. Brit. Med. Assoc. Sussex Branch. Brighton division. Sitzg. vom 28. Jan. Brit. med. Journ. Bd. 1. p. 425.
49. Broca, A., H. Salin und R. Monod, Fall von kongenitaler seitlicher Halsfistel. Arch. de méd. expérim. Nr. 1. p. 12.
50. Brower, Über partielle Anencephalie, mit Diastematomyelie ohne Spina bifida. Journ. f. Psych. u. Neurol. Bd. 20. Heft 5/6. p. 173—218. 1913. (Makroskopische und mikroskopische Untersuchung eines weiblichen Hemicephalus. Das ganze zentrale Nervensystem wies Zeichen einer Entzündung und Entwicklungshemmung auf. Das Gewebe trug zum Teil embryonalen Charakter. Verf. sieht die Entzündung als das primär pathologische Moment an. Die Lebensäusserung solcher Missbildungen legt er als Reflexbewegungen aus.)
51. Buday, Koloman, Über eine hochgradige Entwicklungsstörung der Nieren bei einem Neugeborenen in Verbindung mit anderen Entwicklungsfehlern (Laryngealstenose, Verkrümmung des Unterschenkels). Virchows Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol. Bd. 213. Heft 2/3. p. 253—262. 1913. (Oben beschriebene hochgradige Entwicklungsstörung der Nieren ist seltener als das völlige Fehlen der Nieren. Ausserdem starke Hyperplasie der Larynxwände.)
52. Bührer, C. E., Über einen Fall von amniotischer Amputation. Inaug.-Diss. Berlin.
53. Buxton, L. H., Congenital defects of eyes that manifest themselves in children. Oklahama State Med. Assoc. Journ. Muskogee. Bd. 7. Nr. 6.
54. Cabanes et Laffont, Monstre tératencéphale de 7 mois environ. Réun. obst. et gyn. d'Alger. Sitzg. vom 21. Febr. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 742.
55. — — Présentation d'un foetus monstre tératencephale de 7 mois environ. Soc. d'obstr. et de gyn. de Paris. III. p. 104. Zentralbl. f. d. ges. Geb. u. Gyn., Bd. 5. p. 283.
56. Caldwell, C. E., Congenital tumors of neck. Southern Surg. Assoc. 26. Jahresvers. Atlanta. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 62. p. 485. (Nackenzysten lymphatischen Ursprungs.)
57. Carmody, T. E., Cleft palate. Colorado Medicine. Denver. Bd. 11. Nr. 3.
58. Cary, E., Tod eines ausgetragenen Kindes durch Umschnürung der Nabelschnur durch amniotische Bänder. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 18. Nr. 3.
59. De Castro, Angeborene Fazialislähmung. Neurol. Zentralbl. Nr. 23. (Bei Fehlen des Ohres.)
60. Chatelin, Diagnose der Anencephalie mit oder ohne offenbaren Hydrocephalus durch die Untersuchung des Kopfes auf seine Transparenz. Clin. infant. Jahrg. 12. Nr. 8. p. 233—236. (Kopf im Dunkelzimmer nahe an Lichtquelle: Bei Anencephalie Schädel hell transparent.)
61. Chatelin, Die Diagnose der Anencephalie mit oder ohne Hydrocephalus vermittelst der Untersuchung der Transparenz des Schädels. Bull. de la Soc. de péd. de Paris. Nr. 4. p. 204.
62. Cockayne, Constriction of arm by amniotic bands. Proceed. of the Royal Soc. of Med. Vol. 7. Nr. 1. p. 4—5. 1913. Zentralbl. f. d. ges. Geb. u. Gyn. Bd. 4. p. 429. (Am rechten Ober- und Unterarm Einschnürungen durch schmale narbig-fibröse Bänder; diese Einschnürungsstellen liegen bei Beugestellung in derselben Höhe.)
63. Codet-Boisse, Absence congénitale du femur. Soc. de Méd. et de Chir. de Bordeaux. Sitzg. vom 3. April. Journ. de Méd. de Bordeaux. Bd. 85. p. 252.

64. Cole, A. F., Congenital atresia of the rectum; recovery after four operations. Brit. med. Journ. Bd. 1. p. 1352.
65. Cole, H. P., Hydrocephalus internus; lumbar drainage by utilization of a meningocele sac as a drainage tube. Southern Surg. and Gyn. Assoc. 25. Jahresvers. Atlanta. Med. Record. Bd. 85. p. 362. (Tödlicher Ausgang.)
66. — Case of anorectal imperforation with autopsy findings. Southern Med. Journ. Nashville. Bd. 7. Nr. 4.
67. Commandeur, Céphalématome double suivi de mort. Reunion obst. et gyn. de Lyon. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. Heft 2. p. 323.
68. Concetti, Esonfalo, operazione, guarigione. Riv. osped. Nr. 11. (Nabelschnurbruch.)
69. Conradi, E., Vorzeitiges Auftreten von Knochen- und eigenartigen Verkalkungskernen bei Chondrodystrophia foetalis hypoplastica. Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 80. Heft 11.
70. Convert und Santy, Deux cas de spina bifida anciens. Revue d'orthopédie. Nr. 1.
71. Cramer, K., Zur Anatomie der Spina bifida occulta. Zeitschr. f. orthop. Chir. Bd. 22.
72. — Operationsbefunde bei Spina bifida occulta. XIII. Kongr. d. Deutsch. orthop. Ges. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 51. p. 812.
73. Crookshank, F. G., Case of incurvate little fingers. R. Soc. of Med. Section for the study of diesase in children. Sitzg. vom 27. Febr. Lancet. Jahrg. 92. Bd. 1. p. 966.
74. Crookshank, Skiagramm eines Falles von Fingerdeformität infolge amniotischer Bänder. Proceed. of the Royal. Soc. of Med. Tome 7. Nr. 2. p. 28. 1913. Zentralbl. f. d. ges. Geb. u. Gyn. Bd. 4. p. 558. (Die knöchernen Teile waren deutlich zu erkennen, weniger gut die vielfachen Verwachsungen der Finger. Bei der Geburt wurden „drahtähnliche Bänder" entfernt.)
75. Destefano, S., Hydrocephalus und Lues. Gazz. internaz. di Med. e Chir. 1913. Nr. 51. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 670. (Vier Fälle von positiver Wassermannreaktion bei Mutter und Kind.)
76. Diamant, Ein seltenes Doppelmonstrum. Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. Bd. 1. Heft 1. (Enzephalothorakopagus.)
77. Dietlein, M., Ein Fall von halbseitigem Riesenwuchs. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 130.
78. Doberauer, Angeborene falsche Zwerchfellshernie. Wissensch. Ges. deutsch. Ärzte in Böhmen. Sitzg. vom 27. Febr. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 27. p. 356 und Prager med. Wochenschr. Bd. 39. p. 131 u. 240.
79. Dock, G., Intrauterine amputation. Assoc. of Amer. Physicans. 29. Jahresvers. Med. Record. New York. Bd. 85. p. 1051.
80. Dombrowski, Fall von Rachenteratoid. Arch. f. Laryng. Bd. 28. Heft 3.
81. Donnell, R. E., Two-headed foetus. Missouri State Med. Assoc. St. Louis. Bd. 10. Nr. 6.
82. Dore, Congenital hyperkeratosis of the palms and soles. R. Soc. of Med. Section of Dermat. Sitzg. vom 18. Dez. 1913. Brit. med. Journ. Bd. 1. p. 87.
83. — Congenital alopecia. Ebenda.
84. Drachter, R., Die Gaumenspalte und deren operative Behandlung. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 131. p. 1.
85. Dreesmann, Schwerer Klumpfuss. Allg. ärztl. Verein Köln. Sitzg. vom 17. Nov. 1913. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 103.
86. Dünkeloh, Kongenitale Patellarluxation. Arch. f. klin. Chir. Bd. 104. Heft 4.
87. Dünner, L., Zur Klinik und pathologischen Anatomie der angeborenen Herzfehler. Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 80. Heft 3/4.
88. Duncker, Pes adductus congenitus. Zentralbl. f. chir. u. mechan. Orthop. Bd. 8. Heft 9.
89. Dunker, Der Klauenhohlfuss und verwandte progressive Deformitäten als Folgeerscheinung von Spina bifida occulta (myelodysplastische Deformitäten). Zeitschr. f. orthop. Chir. Bd. 33. Heft 1/2.
90. Dunn, Ch., Prognosis and diagnosis of congenital cardiac disease. Amer. Med. Assoc. Section on dis. of children. Sitzg. vom 23. Juni. Amer. Journ. of Obst. Bd. 70. p. 527. (Sektionsbefunde an Neugeborenen und Kindern.)
91. Duval, P., Hernie diaphragmatique congénitale. Soc. de Chir. Dez. Revue de Chir. Bd. 49. p. 97.

92. Duval, P. und Vaudrener, Hernie congénitale diaphragmatique. Rev. d'Orthop. Nr. 2.
93. Dziewonski, Ruptur eines Hydrocephalus sub partu, Spina bifida dorsalis. Przegl. Lek. Bd. 9. Nr. 22. Ref. Gyn. Rundschau. Bd. 8. p. 408.
94. Egger, Angeborene Sklerodermie. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. Wien. Sitzg. vom 20. Nov. 1913. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 51. p. 43. (Scharf umgrenzte harte Plaques.)
95. Ehrenfried, A., Club-foot. Amer. Journ. of Orthop. Surg. Philadelphia. Bd. 11. Nr. 4.
96. Ehrhardt, Agyrie und Heterotopie am Grosshirn. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 71. Heft 4/5.
97. v. Eiselsberg, Missbildung der Ohrmuschel. Ges. d. Ärzte Wien. Sitzg. vom 1. Mai. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 27. p. 637.
98. Elias, H., Fissura sterni congenita totalis simplex. Ges. d. Ärzte Wien. Sitzg. vom 13. März. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 27. p. 284.
99. Erlanger, B., Zur Kenntnis des angeborenen lymphangiektatischen Ödems. Zeitschr. f. Kinderheilk. Bd. 11. Heft 4.
100. Ertl, Zwei Fälle von Simonartschen Bändern. Ärzteverein Oberösterreich. Sitzg. vom 8. Jan. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 27. p. 733. (Missbildung durch Amniosfäden und Nabelschnurumschnürung durch Amniosfaden.)
101. — Nabelschnurbruch. Ebenda. (Operation mit Heilung; zugleich Makroglossie.)
102. — Zwei Fälle von Simonartschen Bändern. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 21. p. 733. (1. Kind: männlich, 44 cm lang, 2070 g schwer, Klumpfüsse, Abschnürung der linken zweiten Zehe und der Endglieder des dritten und vierten Fingers der einen Hand. Fast vollständiger Mangel des Fruchtwassers. Glückshaube. Mutter 28 Jahr, VIpara. Im sechsten Monat Abgang des Fruchtwassers, ein Monat ante partum Blutung. 2. Kind: 50 cm lang, 3150 g schwer, mazeriert; Abschnürung der Nabelschnut durch ein Simon-Band, etwa 5 cm von der umbilikalen Insertion entfernt. Das Kind war einen Tag vor der Entbindung abgestorben. Mutter 31 Jahr, Ipara.)
103. Fabré et Bourret, Un cas d'hémorragie méningée. Reunion obst. et gyn. de Lyon. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. Heft 2. p. 323.
104. Fairbank, H. A. T., Congenital elevation of Scapula; 18 cases. Brit. Journ. of Surg. Bd. 1. Nr. 4.
105. Fejér, J., Retrobulbäre Geschwulst bei einem 14 Tage alten Säugling. Ärzteges. Budapest. Sitzg. vom 7. Febr. Pester med.-chir. Presse. Bd. 50. p. 172. (Wahrscheinlich fibröse Geschwulst mit starkem Exophthalmus.)
106. Ferguson, H., Anencephalic foetus. Edinb. Obst. Soc. Sitzg. vom 10. Dez. 1913. Edinburgh Med. Journ. N. F. Bd. 12. p. 58.
107. Fetterolf, G., und J. H. Arnett, A case of Sprengels deformity. Amer. Journ. of Med. Sciences. Bd. 48. p. 521.
108. Feuchtwanger, J., Viermonatiger Fötus mit amniotischen Verwachsungen. Ärztl. Verein Frankfurt a. M. Sitzg. vom 29. Juni. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 1913.
109. Fidler, Ein Beitrag zur Entstehung der Hernia diaphragmatica und Dilatation des Zwerchfells. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 51. Nr. 45. (Zugleich Aplasie der linken Lunge.)
110. Finsterer, H., Nabelschnurbruch. Ges. d. Ärzte Wien. Sitzg. vom 13. März. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 27. p. 283. (Operation mit Leberresektion, Heilung.)
111. Fischer, A., Operierter Fall eines Nabelschnurbruches bei einem eintägigen Kinde. Pester med.-chir. Presse. Bd. 50. p. 85. (Genesung; zwei nichtoperierte Fälle.)
112. Fischer, B., Herzmissbildungen. Ärztl. Verein Frankfurt a. M. Sitzg. vom 19. Jan. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 443.
113. Fleischmann, O., und S. Wolff, Angeborene Wassersucht. Arch. f. Kinderheilk. Bd. 62. Heft 1/2.
114. Forssner, Angeborene Atresie des Dünndarms. Svenska Läkaresällsk. Handl. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 237.
115. Fränkel, J., Ätiologie und Therapie des angeborenen Klumpfusses. Zeitschr. f. orthop. Chir. Bd. 32.
116. Frangenheim, Nabelschnurbruch. Allg. ärztl. Verein Cöln. Sitzg. vom 5. Jan. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 444. (Operation.)

117. Frangenheim, Kindskopfgrosse Myelocele lumbalis. Allg. ärztl. Verein Cöln. Sitzg. vom 22. Juni. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 1760.
118. — Ausgedehnte angeborene Lappenelephantiasis der linken Gesichtshälfte. Allg. ärztl. Verein Cöln. Sitzg. vom 22. Juni. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 1760.
119. Fraser, Lithopädion. Brit. Med. Journ. 1913. Dec. 27. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 17. p. 645. (Operation wegen Darmobstruktion. Ein Fibromyom hatte sich an der Stelle des Darmes gebildet, an welcher die Plazenta adhärent war und verengte das Lumen sehr. Der Fötus war durch starke Ligamente mit Uterus, Netz und Darm verbunden. Resektion der betreffenden Darmpartie. Heilung.)
120. Fraser, J., Congenital deficiency of one tibia. Brit. Med. Assoc. Edinburgh Branch. Sitzg. vom 27. Febr. Brit. med. Journ. Bd. 1. p. 592.
121. — und H. H. Robarts, Congenital deficiency of the radius and a homologous condition in the leg. Lancet. Jahrg. 92. Bd. 1. p. 1606.
122. Freund, L., Kongenitale Fingerkontrakturen. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. 22. Heft 3.
123. Friedrich, W., Ein Fall von einseitigem angeborenen Pektoralisdefekt. Zentralbl. f. chir. u. mech. Orthop. Bd. 8. Heft 5.
124. Froelich, Luxation congénitale de la rotule. Soc. de Méd. de Nancy. Revue de Chir. Bd. 49. p. 382.
125. Fromaget, C. und M., Varicocèle congénital de l'orbite. Soc. de Méd. et de Chir. de Bordeaux. Sitzg. vom 13. März. Journ. de Méd. de Bordeaux. Bd. 85. p. 196.
126. Fuhrmann, Fall von angeborener mehrfacher Darmatresie. St. Petersburger Ärzteverein. Sitzg. vom 17. Sept. 1913. St. Petersb. med. Zeitschr. Bd. 39. p. 26.
127. Gale, S. S., Spina bifida; report of cases. West Virginia Med. Journ. Wheeling. Bd. 9. Nr. 5.
128. Galewsky, E., Über Erythrodermia congenitalis ichthyosiformis. Arch. f. Derm. u. Syph. Bd. 113. p. 373.
129. Gamma, C., Über einen Fall von mehrfachen Missbildungen des Herzens und der grossen Gefässe. Zentralbl. f. Herz- u. Gefässkrankh. Nr. 13. (Situs inversus, Fehlen der Milz, im Herzen nur eine Kammer und eine Vorkammer, Entspringen der Lungenarterien aus dem Aortenbogen.)
130. Gaudier und Sivynghedauw, Luxation congénitale de la hanche. Soc. de Méd. du Nord. März. Revue de Chir. Bd. 49. p. 880.
131. Geelvink, P., Über Hyperphalangie. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd. 52. Heft 3. (Fünf Familien.)
132. v. Genersich, G., Cloaca recto-genitalis. Erdelyer Museumsverein. Fachsitzg. vom 28. Febr. Pester med.-chir. Presse. Bd. 50. p. 146.
133. Gerstacker, A., Die angeborene Meningocele unter besonderer Berücksichtigung ihrer geburtshilflichen Bedeutung und die Erfolge ihrer operativen Behandlung. Inaug.-Diss. Würzburg 1913.
134. Göbell, Luxatio coxal congenita. Med. Ges. Kiel. Sitzg. vom 18. Juni. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 51. p. 1488.
135. Goeppert, Osteopsatyrosis. Med. Ges. Göttingen. Sitzg. vom 11. Juni. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 51. p. 1341.
136. Goetzky und Weihe, Zur Kasuistik des angeborenen totalen Rippendefektes. Fortschritte a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. 21. Heft 4.
137. Goldreich, A., Atresia ani vestibularis. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. Wien. Sitzg. vom 19. März. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 27. p. 491. (In der Diskussion sechs Fälle von v. Khautz, operativ behandelt.)
138. Gordon, A., Anencephalia, with special reference to an important etiologic factor. Arch. of Diagnosis. New York. Bd. 7. Nr. 2.
139. Graessner, Der röntgenologische Nachweis der Spina bifida occulta. Jubiläumskongr. d. Deutschen Röntgenges. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 51. p. 911.
140. Gravitz, Dolichocephalie, verbunden mit starkem Hydrocephalus. Münchn. med. Wochenschr. Jahrg. 61. Nr. 27. p. 1403. (Beschreibung obiger Missbildung.)
141. Grawitz, Dolichocephalie, verbunden mit starkem Hydrocephalus. Ärztl. Verein Greifswald. Sitzg. vom 21. Febr. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 40. p. 1403.
142. Greenfield, D. G., Congenital eye and heart defects. Proceedings of the R. Soc. of Med. Ref. Med. Record. New York. Bd. 85. p. 20. (Kongenitale Katarakt.)
143. Grimm, H., Ein Fall von Hydrocephalus. Inaug.-Diss. Tübingen 1913.

144. Gröné, Epidurales Hämatom im Rückenmarkskanal bei Neugeborenen. Zentralbl. f. Gyn. Jahrg. 37. Nr. 51. p. 1849—1853. 1913. (Vier Fälle von epiduralem Hämatom im Rückenmarkskanal ohne Verletzungen an den Wirbeln oder deren Verbindungen. Diese Fälle werden durch Torsion der Wirbelsäule unter der Geburt, besonders bei frühgeborenen Kindern sehr leicht hervorgerufen infolge der leichten Zerreissbarkeit der Gefässe.)

145. Gruber, G. B., Nebenlungenbildung bei kongenitalem Zwerchfelldefekt. Zieglers Beitr. Bd. 59. Heft 3.

146. — Kontinuitätstrennung der linken Unterkieferhälfte bei einer durch völlige Amelie, Mikrognathie und Trichterbrust ausgezeichneten, reifen menschlichen Frucht männlichen Geschlechts. Strassb. militärärztl. Ges. Sitzg. vom 4. Mai. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 40. p. 1776.

147. Grusdew, W., Zur Pathologie und Therapie der Atresia ani vaginalis. Chir. Arch. Weljaminowa. Bd. 29. p. 671. Ref. Zentralbl. f. Chir. Bd. 41. p. 705.

148. Guggisberg, Doppelseitige kongenitale Zystenniere. Gyn. Ges. d. deutsch. Schweiz. Sitzg. vom 11. u. 12. Juli. Bern. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 1400.

149. — Kongenitale Struma mit kongenitaler Herzhypertrophie. Ebenda.

150. — Kongenitale rechtsseitige Zwerchfellshernie. Ebenda.

151. — Verwachsung der Plazenta mit der Dura mater bei Kranioschisis. Ebenda.

152. Guildal, Eine Missgeburt (Amelos). Hosp. Tid. Jahrg. 57. Nr. 1. p. 1. (Dänisch.) (Sektion ergab eine kongenitale Hydromyelie und Syringomyelie in der Medulla.)

153. Guildall, Ein lebender Amelos. Gyn. Ges. Kopenhagen. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 237.

154. Guleke, Operativ geheilte kongenitale Pylorusstenose. Unterelsäss. Ärzteverein Strassburg. Sitzg. vom 8. Nov. 1913. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 40. p. 310.

155. Gussew, W. J., Über die Schwierigkeit, die Anencephalie der Frucht während der Geburt zu erkennen. Shurn. akush. i shensk. bolezn. p. 247. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 1116. (Ein Fall zugleich Spina bifida.)

156. Gutmann, C., Über kongenitale Gänge und Zysten in der Raphe penis. Dermat. Wochenschr. Bd. 58. Nr. 16.

157. Gutzeit, Fall von angeborener lateraler Deviation der Grosszehenendphalanx. Zeitschrift f. orthop. Chir. Bd. 23.

158. — R., Über Hallux valgus interphalangeus. Zentralbl. f. Chir. Bd. 41. Kongressbeilage. p. 111.

159. Guyot, Lymphangiome congénital des membres inférieurs. Soc. de Méd. et de Chir. de Bordeaux. Sitzg. vom 16. Jan. Journ. de Méd. de Bordeaux. Bd. 85. p. 56.

160. Harcock, D. O., Hare-lip. Kentucky Med. Journ. Bowling Green. Bd. 12. Nr. 6/7.

161. Harrichausen, Ätiologie der Hirschsprungschen Krankheit. Ges. d. Charité-Ärzte Berlin. Sitzg. vom 4. Dez. 1913. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 51. p. 279.

162. Hart, C., Über die anatomische Grundlage der Osteopsathyrosis idiopathica, insbesondere der Osteogenesis imperfecta. Zieglers Beitr. Bd. 59. Heft 2.

163. Harttung, H., Hämorrhoidalknoten beim Neugeborenen, zugleich ein Beitrag zur Ätiologie der Hämorrhoiden. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 131. p. 425. (Hämorrhoiden sind als Angiome aufzufassen.)

164. Heile, Über die chirurgische Behandlung des Hydrocephalus. Fortschr. d. Med. Jahrg. 32. Nr. 3. p. 72—79. (Ein- oder mehrmalige Punktionen in Verbindung mit innerer Jodkaliverabreichung. Eventuell Operationen von Bramann, Anton und Payr.)

165. Heinrichsdorff, Missbildung des Kleinhirns bei okzipitaler Meningocele. Gyn. Ges. Breslau. Sitzg. vom 26. Mai. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 1315.

166. Heller, Pygomelus. Unterelsäss. Ärzteverein Strassburg. Sitzg. vom 23. Mai. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 40. p. 1832.

167. — F., und G. B. Gruber, Beitrag zur Kasuistik der Herzmissbildungen. (Transposition des Ostium der Aorta nach rechts und pulmonale Konusstenose bei Defekt im Septum ventriculorum; abnorme Entwicklung der rechten Arteria subclavia und vertebralis.) Zeitschr. f. Kinderheilk. Bd. 11. p. 337.

168. Hellseid, Über universellen Hydrops des Neugeborenen. Inaug.-Diss. München 1913. (Vater des Kindes litt an professionellem Saturnismus.)

169. Henrotay, Un monstre complexe. Soc. Belge de Gyn. et d'Obst. Sitzg. vom 6. Dez. 1913. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 741.

170. Herrick, F. C., Atresia recto-vesicalis; report of successfully operation. Cleveland Med. Journ. Bd. 13. Nr. 6.
171. Herzog, Th., Beitrag zur Pathologie des Turmschädels. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 90. Heft 2.
172. Hesse, F. A., Encephalo-Meningocele. Med. Verein Greifswald. Sitzg. vom 17. Dez. 1913. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 40. p. 621.
173. Hessmann, Osteopsathyrosis. Hufelandsche Ges. Berlin. Sitzg. vom 11. Juni. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 51. p. 1477.
174. Hilgenreiner, H., Angeborene Afterenge. Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 79. p. 11. (Fall von Atresia anoanalis.)
175. — Fingermissbildungen. Verein deutscher Ärzte Prag. Sitzg. vom 26. Juni. Prager med. Wochenschr. Bd. 39. p. 571. (1. Hyperphalangie, 2. Pseudohyperphalangie, 3. Ectopia metacarpi supernumerarii.)
176. Hillmann, Ein Fall von Archinencephalie mit medianer Spaltung der Oberlippe. Diss. Bonn 1913.
177. Hinterstoisser, Über einen Fall von angeborenem partiellen Riesenwuchs. Arch. f. klin. Chir. Bd. 102. Heft 1. (Rechter Zeige- und Mittelfinger sind bei der Geburt über nochmal so gross als die betreffenden linken Finger. Die Hypertrophie betrifft Weichteile und Knochen. Rechte obere Extremität in der gleichen Weise verändert.)
178. Hirsch, K., Über angeborenen Schulterblatthochstand und Thoraxdefekt. Zeitschr. f. orthop. Chir. Bd. 33. Heft 3/4.
179. Hochgeschurz, Turmschädel. Ärztl. Verein Nürnberg. Sitzg. vom 5. Febr. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 40. p. 829.
180. Hochsinger, K., Fall von angeborenem Turmschädel. Monatsschr. f. Kinderheilk. Bd. 12. Nr. 8.
181. Hodges, J. E., Imperforate anus. Texas State Med. Journ. Fort Worth. Bd. 9. Nr. 12.
182. Hoffmann, Amniotische Verwachsungen. Gyn. Ges. Dresden. Sitzg. vom 16. Okt. 1913. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 91. (Defekte an Kopfknochen, Einschnürungen der Extremitäten etc.)
183. — Hydromeningocele, Eventratio, Blasenektopie, Pes calcaneus, Pes varus. Ebenda. p. 92.
184. — Agnathus mit Synotie. Ebenda. p. 93 und Beitr. z. Geb. u. Gyn. Bd. 19. p. 275.
185. — Demonstration von Missbildungen. Gyn. Ges. zu Dresden. 359. Sitzg. vom 16. Okt. 1913. Zentralbl. f. Gyn. p. 92. (Hydromeningocele, Eventeratio, Blasenektopie, Pes calcaneus, Pes varus. 1. Fall: Auf Bauch- und Lendenwirbelsäule sitzt ein faustgrosser Hydromeningocelensack. Bauchhöhle nach vorn offen. Eingeweide liegen ausserhalb desselben. Rechtes Bein in Hackenfussstellung, linkes in Klumpfussstellung. Röntgenbild zeigt Rachischisis der unteren Brust- und Lendenwirbel. Harnblase umgestülpt, nach vorn offen. 2. Fall: Agnatus mit Synotie. Hochgradiges Hervortreten des Oberkiefers. Äussere Mundöffnung: rundliches Loch von 5—6 mm Durchmesser. Kinn fehlt. Im obersten Teile des Halses liegen die gutausgebildeten Ohrmuscheln; sie stossen in der Mittellinie aneinander und sind dort miteinander verwachsen. Mund liegt in einer horizontalen Ebene. Mundhöhle in einen vorderen und hinteren Raum geteilt, durch eine 23 mm lange Scheidewand vollständig voneinander getrennt. Vor dem Eingang in den Larynx kurze Zungenanlage, senkrecht gestellt. Oberfläche der Zunge sieht nach der Wirbelsäule. Hinter der Scheidewand ein querverlaufendes schmales Knochenstückchen, eigentliche Anlage des Unterkiefers. 19 derartige Fälle sind bis jetzt beschrieben und von Marx zusammengestellt worden.)
186. Hoguet, J. P., Spina bifida. New York. med. Journ. Bd. 98. p. 1156.
187. Hohorst, Hydrenzephalocele occipitalis und cervicalis. Geb. Ges. Hamburg. Sitzg. vom 10. Febr. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 559.
188. — Fall von Hydrozephalus, hochgradiger Thoraxdifformität und totaler Bauchspalte bei Querlage. Geb. Ges. Hamburg. Sitzg. vom 16. Mai. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 1213.
189. Holländer, Drei Fälle von Ectopia viscerum. Berl. med. Ges. Sitzg. vom 11. Nov. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 51. p. 1877. (Operierte Nabelschnurbrüche.)
190. Hueter, C., Über angeborene Bronchiektasien und angeborene Wabenlunge. Zieglers Beitr. Bd. 59. Heft 3.

191. Huismans, Über Infantilismus und Chondrodystrophie. Rhein.-westfäl. Ges. f. inn. Med. u. Nervenheilk. Sitzg. vom 17. Mai. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 2251.
192. Humpstone, O. P., A case of dystocia and death of fetus due to congenital cystic kidneys. New York Obst. Soc. Sitzg. vom 14. Okt. 1913. Amer. Journ. of Obst. Bd. 69. p. 136.
193. Indemans, J. W. M., Aangeboren vergrooting der speekselklieren met aangeboren lymphatenvergrooting van den hals. (Angeborene Hypertrophie der Speicheldrüsen und angeborene Lymphgefässhypertrophie am Halse beim selben Fall.) Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. II Helft. Nr. 24. p. 1953—1956. (Holländisch.) (Kasuistisch. Das übrigens gesünde, spontan geborene Kind ging nach zwei Monaten an einem akuten Magendarmkatarrh zugrunde. Da die Tränendrüsen keine Veränderungen zeigten, handelte es sich nicht um die zuerst von v. Mikulicz beschriebene Krankheit. 1 Abbildung.) (Lamers.)
194. Jadassohn, Erythrodermie congénitale ichthyosiforme. Korresp.-Blatt f. Schweizer Ärzte. 1911. Nr. 29.
195. Jaffé, R., Arterionekrose bei Neugeborenen. Frankf. Zeitschr. f. Path. Bd. 15. Heft 1. (In der Arteria pulmonalis.)
196. Jansen, M., Het wesen en het worden der Achondroplasie. Nederl. Maandschr. v. Verlosk., Vrouwenz. en Kindergeneesk. Bd. 1.
197. Kaerger, E., Über die Behandlung der angeborenen Kiefer- und Gaumenspalten. Arch. f. klin. Chir. Bd. 103. Heft 2.
198. Kaiser, Ectopia cordis. Gyn. Ges. zu Dresden. 356. Sitzg. Münchn. med. Wochenschrift 1913. Nr. 51. Zentralbl. f. Gyn. p. 94. (Kind lebte nach der Zangenentbindung etwa eine Stunde, so dass man das Herz arbeiten sehen konnte.)
199. Kaplan, S., Fall von echter Nebenlunge. Inaug.-Diss. Königsberg 1913.
200. Katayama, Fall von angeborenem Riesenwuchs. Arch. f. Orthop., Mechanother. u. Unfallchir. Bd. 13. Heft 1. (Zeigefinger; Daumen und Mittelfinger in geringerem Grade.)
201. Keilty, R. A., A teaching classification for the terata and hemiterata. New York med. Journ. Bd. 99. p. 623.
202. Kellock, T. H., Osteogenesis imperfecta. R. Soc. of Med., Clin. Sect. Sitzg. vom 13. März. Lancet. Jahrg. 92. Bd. 1. p. 823.
203. Kienböck, R., Zwerchfellhernien bei Kindern. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. 21. Heft 4.
204. Kirschmann, Zur Kasuistik kongenitaler Missbildungen. Wratsch. Gaz. Jahrg. 1914. Nr. 3. p. 109. (Russisch.) Zentralbl. f. d. ges. Geb. u. Gyn. Bd. 4. p. 511. (Die grösste Missbildung weist der Kopf auf. Zwei faustgrosse Tumoren am Scheitel. Schädelknochen fehlen. Wolfsrachen und Hasenscharte. Bauchhöhle offen.)
205. Klotz, Ein Fall von Acardius anencephalus mit partiellem Defekt beider Müllerscher Fäden. Arch. f. Gyn. Bd. 100. Heft 3. (Ausserdem Hufeisenniere, obere Körperhälfte, von der oberen Brustwirbelsäule an, fehlt fast vollständig. Von inneren Organen fehlen: Dünndarm, Magen, Leber, Milz, Lunge, Herz. Annahme einer amniotischen Abschnürung.)
206. Kouwer, Agnathus. Nederl. gyn. Vereenig. Utrecht. Sitzg. vom 30. Nov. 1913. Gyn. Rundschau. Bd. 8. p. 385.
207. Kreiss, Ph., Anus urethralis. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 340.
208. Kreitmair, Kind mit amniotischen Fingerabschnürungen. Nürnberger med. Ges. u. Poliklin. Sitzg. vom 27. Nov. 1913. Münchn. med. Wochenschr. Jahrg. 61. Nr. 15. p. 849. (Demonstration dieses Falles.)
209. Kriebel, A., Zwei Fälle von parasitärer Doppelbildung (Epigastrius parasiticus). Inaug.-Diss. Breslau 1913.
210. Krokiewicz, A., Fall von Situs viscerum inversus completus (Nachtrag). Virchows Arch. Bd. 217. Heft 1.
211. Küster, Hirnteratom bei einem neugeborenen Hydrozephalus. Schles. Ges. f. vaterl. Kultur. Sitzg. vom 19. Juni. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 51. p. 1486.
212. Kuhn, H. P., Case of diaphragmatic hernia. Missouri State Med. Assoc. St. Louis. Bd. 10. Nr. 6.
213. Kurissis, J., Ein Fall von angeborener Kyphose und Rachischisis. Inaug.-Diss. München.
214. Lafourcade und Pfeiffer, Geburt eines lebenden Pygopagus. Lyon méd. Bd. 46. Nr. 30.

215. Lahm, Die Ätiologie des Hydrops congenitus. Gyn. Ges. Dresden. Sitzg. vom 19. Febr. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 944. (In der Diskussion ein Fall von Gödecke, ferner ein Fall von Peters bei nicht ausgetragenen Zwillingen.)
216. — W., Zur Frage des Hydrops universalis congenitus. Arch. f. Gyn. Bd. 102. p. 284.
217. Lamb, D. S., Case of epignathus. Washington Med. Annals. Bd. 13. Nr. 2.
218. Laubry, Ch., und C. Pezzi, Considérations cliniques et physiologiques à propos de cinq cas de maladie congénitale du coeur droit étudiés graphiquement. Arch. des mal. du coeur, des vaisseaux et du sang. 1913. p. 433.
219. Le Damany, P., Congenital luxation of the hip. Amer. Journ. of Orthop. Surg. Philadelphia. Bd. 11. Nr. 4.
220. Lee, W. E., Radical operation for a hernia of the umbilical cord in a newborn infant. Philadelph. Ac. of Surg. Sitzg. vom 1. Dez. 1913. Annals of Surg. Bd. 59. p. 441. (Tödlicher Ausgang.)
221. Le Filiatre, G., Deux fillettes xiphopages. Bull. de l'Ac. de Méd. Paris. Bd. 78. Nr. 1.
222. Lesieur, Kocher und Milhaud, Fall von Halsrippen. Lyon méd. Nr. 14.
223. Lexer, Teratom der Bauchdecken. Naturw.-med. Ges. Jena. Sitzg. vom 18. Juni. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 1758. (Parasit am Epigastrium.)
224. Ley, G., Congenital sacrococcygeal tumour. R. Soc. of Med. Section of Obst. and Gyn. Sitzg. vom 5. Febr. Lancet. Jahrg. 92. Bd. 1. p. 609.
225. Lichtenstein, M., Über einen Fall von angeborener Bauchspalte. Inaug.-Diss. München 1913.
226. Lindau, Wahres Nabeladenom. Studien z. Pathol. d. Entwicklung. Bd. 1. Heft 3.
227. Lindner, F., Über Hydrops foetus. Inaug.-Diss. München 1913.
228. Link, G., Über Hydrops congenitus bei fötaler Thrombose. Zieglers Beitr. Bd. 59. Heft 2. (Thrombose der unteren Hohlvene, zugleich Aplasie des Kleinhirns.)
229. Link, Über Hydrops congenitus bei fötaler Thrombose. Inaug.-Diss. Freiburg i. Br. Juli.
230. Linzenmeier, Der Verschluss des Ductus arteriosus Botalli nach der Geburt des Kindes. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 76. Heft 1. (Als Hauptursache wird die Drehknickung des Duktusrohres infolge Herzverlagerung angesehen, die durch die Ausdehnung der Lunge beim ersten Atemzug hervorgerufen wird. Die spitzwinklige Einmündung des Duktus in die Aorta und den Sporn (Strassmann) lenkt nur den Anprall des Aortenstromes von der Mündung des Duktus ab.)
231. Lionti, G., Ein Fall von Penisverdoppelung. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 40. p. 393.
232. Little, M., Congenital absence of both tibiae. R. Soc. of Med., Surg. Section. Sitzg. vom 3. Febr. Brit. med. Journ. Bd. 1. p. 369.
233. Lokczewski, Ein ungewöhnlicher Fall von Zwillingsgeburt. Gaz. Lek. Nr. 11. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 694. (An Bauch und Becken verwachsene Zwillinge.)
234. Lombard, Bifurcation héréditaire familiale de la main. Revue d'Orthop. Nr. 2.
235. Loose, G., Projektion seltener Röntgenbilder. X. Kongr. d. Deutsch. Röntgenges. Berlin. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 40. p. 1248. (Darunter Missbildungen.)
236. Losee, J. R., Esophagotracheal fistula with report of two cases. New York Ac. of Med. Section on Obst. and Gyn. Sitzg. vom 28. Okt. 1913. Med. Record. New York. Bd. 85. p. 86.
237. Lucksch, F., Fall von Missbildungen. Verein deutscher Ärzte Prag. Sitzg. vom 15. Mai. Prager med. Wochenschr. Bd. 39. p. 502. (Encephalocele occip., Rachischisis sacralis, Fehlen der linken Beckenhälfte und unteren Extremität, Zwerchfellhernie, Uterus unicornis dexter und rudimentäre rechtsseitige Adnexe.)
238. Luksch, Demonstration eines totgeborenen Kindes mit mehreren Missbildungen. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 38. p. 1652. Verein deutscher Ärzte zu Prag. (Krötenkopf, Encephalocele occipid., Rachischisis, Defekt des linken Beines und Beckens, gelappte Leber, Zwerchfellhernie. Uterus unicornis dexter.)
239. Lunch, R. C., Angeborenes Fehlen beider Ohren. The Laryngoscop. Bd. 23. Nr. 11.
240. Lunsgaard, Eigentümliche Veränderungen im Rückenmarke eines Neugeborenen. (Kongenitale Syringomyelie.) Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Orig. Bd. 20. Heft 2. p. 279—304. 1913. (Annahme einer durch kongenitale Bildungsanomalie hervorgerufenen Hydromyelie und eines genuinen heterotropen Wachstums des Mesenchyms in die Medulla hinein. Ausserdem bestanden grosse äussere Missbildungen; beide Beine und der linke Arm fehlten.)

241. Lutz, W., Zur Lehre der allgemeinen Wassersucht der Neugeborenen. Schweizer Korrespondenzbl. Nr. 11.
242. Maass, O., Fall von Achondroplasie. Berl. Ges. f. Psych. u. Nervenkrankh. Sitzg. vom 13. Juli. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 51. p. 1670.
243. Maasz, H., Kongenitale Vorderarmsynostose. Zeitschr. f. orthop. Chir. Bd. 24. Heft 1.
244. Mc Carrison, R., Etiology of endemic cretinism, congenital goiter and a congenital parathyroid disease. Lancet. Jahrg. 92. Bd. 1. p. 931.
245. Mackay, G., Case of congenital cataract. Edinburgh Med.-Chir. Soc. Sitzg. vom 4. Febr. Edinburgh Med. Journ. N. F. Bd. 12. p. 247.
246. Macnaughton-Jones, Thoracopagus. R. Soc. of Med. Sect. of Obstetr. and Gyn. Sitzg. vom 11. Juni. Brit. med. Journ. Bd. 1. p. 1409.
247. Magnus, Fibuladefekt. Ärztl. Verein Marburg. Sitzg. vom 27. Juni. Med. Klinik. Bd. 10. p. 1372.
248. Maguire, C., Congenital deformity of the femur. Brit. med. Journ. Bd. 1. p. 413. (Fehlen der Diaphyse.)
249. Marchand, Lebende Doppelmissbildung (Epigastrius). Med. Ges. Leipzig. Sitzg. vom 12. Mai. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 51. p. 1561. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 1547. (Parasit.)
250. Marquis, Deux cas congénitaux d'abouchements anormaux du rectum. Soc. de Chir. Sitzg. vom 12. Nov. 1913. Revue de Chir. Bd. 49. p. 97. (Anus vulvaris und urethralis.)
251. Martin y Muñoz, Monströser Fötus. (Spanisch.) Gaz. méd. del Sur. p. 58. Zentralbl. f. d. ges. Geb. u. Gyn. Bd. 4. p. 557. (Totale Inventration, Spina bifida, Fehlen von Anus und Genitalien.)
252. Massalongo, R., und C. Piazza, Achondroplasia. Rif. med. Bd. 30. Nr. 25 ff.
253. Di Mattei, Di un caso di malformazioni vesicogenitali. Sassari, 1913. Zentralbl. f. d. ges. Geb. u. Gyn. Bd. 5. p. 77. (Neugeborenes, das zuerst für ein Mädchen gehalten wird, sich aber später zu einem männlichen Typus entwickelt [Inguinal-Testes].)
254. Maxwell, P. and G. Ley, A case of congenital sacro-coccygeal tumour. Proc. Roy. soc. of med. p. 189. Zentralbl. f. d. ges. Geb. u. Gyn. Bd. 5. p. 282. (Der Tumor nahm die ganze linke Gesässhälfte ein, stand mit dem Rektum in Verbindung und füllte den Douglas aus. Zweimalige Operation. Heilung.)
255. Mayer, E., Angeborene Hüftgelenksluxation. Allg. ärztl. Verein Cöln. Sitzg. vom 26. Jan. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 503. (Als Folge mechanischer Einwirkung — Druck — auf den Fötus gedeutet.)
256. Mayer, L., Kongenitale Subluxation des Knies nach vorn. Zeitschr. f. orthop. Chir. Bd. 24. Heft 1.
257. Mayerhofer, Angeborener Uterusprolaps. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. Wien. Sitzg. vom 5. März. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 51. p. 858. (Zugleich Spina bifida, Lückenschädel, Lähmung und Missbildung der unteren Extremitäten etc.)
258. — Demonstration eines Falles von Mikromyelie. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. Wien. Wiener med. Wochenschr. Nr. 50. p. 2514. (Kind jetzt 15 Monate alt. Im Alter von sechs Wochen betrug der Kopfumfang 90,04% der Körperlänge; jetzt 81%. Körperlänge und Intellekt deutlich zurückgeblieben.)
259. — E., Mikromyelie. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. Wien. Sitzg. vom 7. Mai. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 27. p. 870.
260. Meissner, A., Über eine Vereinigung von Anencephalie, Adhäsion der Plazenta und der Eihäute an der Schädelbasis und Fissura thoraco-abdominalis. Inaug.-Diss. Halle.
261. Melchior, Kongenitale tiefe Duodenalstenose, bedingt durch Situs inversus partialis. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 51. p. 1161.
262. Mentberger, Syndaktylie. Unterelsäss. Ärzteverein Strassburg. Sitzg. vom 25. Juli. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 51. p. 1563.
263. Mercier und Tissier, Un cas de schistoglossie. Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. p. 322.
264. Merk, Kind mit Keratoma palmare et plantare hereditarium. Wissensch. Ärzteges. Innsbruck. Sitzg. vom 24. Okt. 1913. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 27. p. 353.
265. Meyer, P., Hydro-Anencephalus. Ges. f. Geb. u. Gyn. Berlin. Sitzg. vom 27. Febr. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 76. p. 591.
266. Meyer, R., Über Behandlung der angeborenen Elephantiasis. Inaug.-Diss. Strassburg 1913.

267. **Michaelis**, Achsendrehung des Dünndarms und des Colon ascendens bei einem Neugeborenen. Wiener klin. Rundschau. 1913. Nr. 38. (Entwicklungsanomalie des Mesenteriums. Die Wachstumsverhältnisse sind mitten auf ihrer Entwicklungsstufe, entsprechend dem vierten Monat, stehen geblieben. Ausserdem Verdickung der Valvula Bauhini; Folge: Störungen bei der Nahrungsaufnahme. Infolge Torsion des nichtfixierten Darmes profuse Blutung, Exitus. Verf. hält sofortige Laparotomie für angezeigt.)
268. **Missikoff, M.**, Drei Fälle von Zwerchfellhernien. Chir. Arch. Weljaminowa. Bd. 29. p. 975. Ref. Zentralbl. f. Chir. Bd. 41. p. 689.
269. **Modena**, Totales Fehlen des Gehirns und Rückenmarks. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. 46. (Bei ausgetragener Frucht.)
270. **Mönckeberg**, Angeborener Hydrozephalus. Rhein.-westfäl. Ges. f. inn. Med., Nerven- u. Kinderheilk. Sitzg. vom 15. Febr. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 849.
271. — Atresie der Art. pulmonalis. Ebenda. (Ausserdem Septumdefekt, Fehlen des Ductus Botalli, Dreiteilung der Trachea und dritte Lungenanlage.)
272. — Angeborene Herzfehler. Rhein.-westfäl. Ges. f. inn. Med., Nerven- u. Kinderheilk. Sitzg. vom 17. Mai. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 2107.
273. **Monier et Roche**, Missbildungen mit Bauchspalte. Bull. de la soc., d'obst. et de gyn. de Paris. Jahrg. 2. Nr. 7. p. 616—618. (Ausser obigem Befund fehlt die linke Ohrmuschel.)
274. **Monks, E. H.**, Deficiency of left half of diaphragm with displacement of stomach and other abdominal organs. Brit. med. Journ. Bd. 1. p. 708.
275. **Monnier und Roche**, Deux monstrosités. Soc. d'Obst. et de Gyn. 1913. Juli. (Wiederholte exenzephale Missgeburten; Zwillingsschwangerschaft, ein Kind exenzephal.)
276. **Monti, R.**, Fall von angeborener Zwerchfellhernie. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. Wien. Sitzg. vom 23. April. Wiener med. Wochenschr. Bd. 64. p. 1982.
277. **Morison, A. A.**, Ectopia vesicae. Edinb. Obst. Soc. Lancet. 1913. Bd. 2. p. 1547. (Sektionsbefund.)
278. **Morton**, Einige angeborene Abnormitäten. Arch. of the Roentgen ray. Vol. 18. Nr. 12. p. 442—443. (Missbildung der Extremitäten und der Halswirbelsäule.)
279. **Moxon, F.**, Congenital diffuse opacity of the cornea in two sisters. R. Soc. of Med. Section of Ophthalm. Sitzg. vom 4. Febr. Brit. med. Journ. Bd. 1. p. 370.
280. **Müller, G.**, Ein Fall von ossärem Schiefhals. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 51. p. 152. (Seitliche Verwachsung der oberen und Atrophie der unteren Halswirbel.)
281. **Mutel**, Main bote radiale congénitale. Revue d'orthop. Nr. 2.
282. **Nebesky**, Kongenitaler Defekt der Handmuskeln. Casopis. lek. cesk. 1913. Nr. 44. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 40. p. 145.
283. **Van Neck, M.**, Metatarsus varus congenitus. Journ. de Bruxelles. Nr. 22.
284. **Neugebauer, F.**, Die **Hirschsprungsche** Krankheit. Ergebn. d. Chir. u. Orthop. Bd. 7.
285. **Neuhof, H.**, Congenital elevation of Scapula (**Sprengels** deformity) of familial type. 19 Fälle. Amer. Journ. of Disease of Children. Chicago. Bd. 7. Nr. 5.
286. — und **E. D. Oppenheimer**, Congenital contractures of fingers; report of case of familial type. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 19. Nr. 2.
287. **Nobe**, Zur Kasuistik und Therapie der angeborenen seitlichen Halsfistel. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 126. Heft 3/4.
288. **Nobel**, Demonstration eines Knaben mit angeborenem chronischen, acholurischen Ikterus. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. zu Wien. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 31. p. 1489. (Splenektomie wurde gemacht; nach 24 Stunden schon Zurückgehen des Ikterus; jetzt vollständig verschwunden. Hämoglobingehalt und Zahl der roten Blutkörperchen zugenommen.)
289. **Norbury, L. E. C.**, Deformity of the spine of congenital origin. R. Soc. of Med. Sect. for the study of disease in children. Sitzg. vom 23. Jan. Lancet. 92. Jahrg. Bd. 1. p. 458.
290. **Nordheim, Hirschsprungsche** Krankheit. Ärztl. Verein Hamburg. Sitzg. vom 17. Febr. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 40. p. 1244.
291. — Angeborenes lymphangiektatisches Ödem. Ärztl. Verein Hamburg. Sitzg. vom 28. April. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 40. p. 1680.
292. **Nützel, H.**, Beitrag zur Kenntnis der Missbildungen im Bereich der oberen Hohlvene. Frankf. Zeitschr. f. Path. Bd. 15. Heft 1. (1. Persistierende linke obere Hohl-

vene; 2. Fehlen der rechten oberen Hohlvene und Ersatz durch die linke; 3. Kommunikation zwischen oberer Hohlvene und rechter Lungenvene.)
293. Oldekopp, Ein Fall von kombinierter Missbildung: Hernia cerebri, Anus vestibularis, Aplasia digiti. Journ. f. Geb. u. Gyn. 1913. p. 407. (Russisch.) (Geburt verlief spontan mit der Geschwulst voran. Tod an Schwäche. Sektion zeigte eine Hydroencephalocele occipitalis; ausserdem einen Anus vestibularis; rechter Daumen klein, mit schwach entwickelten, schlotternden Knochen. Ätiologie: vielleicht Alkoholismus des Vaters.)
294. Orthner, Zystische Steissgeschwulst. Ärzteverein Oberösterreich. Sitzg. vom 8. Jan. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 27. p. 734.
295. Ottow, B., Über Doppelmissbildungen, nebst Mitteilung über eine menschliche Doppelbildung aus der dritten Embryonalwoche. St. Petersburger med. Zeitschr. Bd. 39. p. 114.
296. Oui und Devulder, Hernie diaphragmatique. Réunion obst. et gyn. de Lille. Sitzg. vom 27. Dez. 1913. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. p. 433.
297. Paetzold, Nasenmissbildung. Berl. otol. Ges. Sitzg. vom 21. Nov. 1913. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 40. p. 361. (Meist mediane Spalten.)
298. Pagenstecher, E., Experimentelle Untersuchungen über die Entstehung angeborener Anomalien und Missbildungen im Säugetierauge. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 583.
299. Panting, L. C., Zystenhygrom. Practitioner. London. August. (Am Nacken.)
300. Papadopulo, J. W., Fall von Hemicephalie und seine Diagnose. Shurn. akush. i shensk. bolesn. p. 409. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p 1115. (Diagnose durch konvulsivische Bewegungen nach Druck auf die vorliegende Stirngegend gestellt.)
301. Parcelier, A., und A. Lacoste, Fistule congénitale de la lèvre supérieure. Arch. gén. de chir. Bd. 8. Nr. 3.
302. Parin, W. N., Atresia ani vesicalis et urethralis. R. Wratsch. 1913. Nr. 44. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 40. p. 254.
303. Paton, L., Congenital malformation of the disc. Ophthalm. Soc. of the Un. Kingdom. April 1913. Lancet. Jahrg. 92. Bd. 1. p. 1325.
304. Peña, Drei Fälle von angeborener Verengerung der Urethra. Ges. f. Pädiatrie. Madrid. Sitzg. vom 15. Jan. Revue de Chir. Bd. 49. p. 718.
305. Perrenot, Malformation congénitale du coude. Soc. de Chir. de Lyon. Sitzg. vom 5. März. Revue de Chir. Bd. 49. p. 871.
306. Perrier, Coxa vara infantile. Revue d'Orthop. Nr. 2.
307. Perthes, Hirschsprungsche Krankheit. Med.-naturwiss. Verein Tübingen. Sitzg. vom 16. Febr. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 907 u. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 90. Heft 3.
308. Peters, W., Über Zwerchfellbrüche. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 40. p. 1370.
309. Petery, A. K., A microcephalic idiot with malformation of the brain. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 63. p. 536.
310. Petit de la Villéon, Kyste congénital et polype du rectum chez deux enfants. Soc. de Méd. et de Chir. Sitzg. vom 23. Jan. Journ. de Méd. de Bordeaux. Bd. 85. p. 86.
311. — Myélo-cysto-méningocèle. Soc. de Méd. et de Chir. de Bordeaux. Sitzg. vom 26. Juni. Journ. de Méd. de Bordeaux. Bd. 85. p. 487.
312. v. Peyerer, Mikromelie. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. Wien. Sitzg. vom 25. Juni. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 27. p. 1129.
313. v. Pfaundler, Vielfache kongenitale Missbildungen. Münchn. Ges. f. Kinderheilk. Sitzg. vom 28. Nov. 1913. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 280. (Kyphoskoliose, Trichterbrust, Hacken- und Plattfuss, Herzfehler, Augenanomalien, vorgeschrittene Ossifikation, ungewöhnliche Längenentwicklung von Hand und Fuss.)
314. Piazza, E. L., Kongenitaler zystischer Nackentumor. Gazz. degli osped. e d. clin. Bd. 35. Nr. 37.
315. Pic, A., P. Dufour und P. Durand, Cyanose congénitale tardive à forme fruste. Lyon méd. Nr. 8.
316. Plauchu und Nové-Josserand, Hydrocéphalie consécutive à une opération d'encéphalocèle. Réun. obst. et gyn. de Lyon. Sitzg. vom 16. März. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. p. 323.
317. — — Encephalocèle congénitale. Excision. Hydrocéphalie consécutive. Soc. d'obst. et de gyn. de Paris. III. p. 302. Zentralbl. f. d. ges. Geb. u. Gyn. Bd. 5. p. 443. (Das Wesentliche ist in der Überschrift angegeben.)

318. Pokahr, Über angeborenen partiellen Riesenwuchs mit besonderer Berücksichtigung eines Falles von Riesenwuchs der unteren Körperhälfte. Diss. Königsberg 1913.
319. Pol, Die verschiedenen Formen der Brachyphalangie, Hypo- und Hyperphalangie und ihre Deutung. Naturh.-med. Verein Heidelberg. Sitzg. vom 19. Mai. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 1649.
320. Pollack, Doppelseitiges Kollobom des Oberlides. Berl. ophthalm. Ges. Sitzg. vom 26. Febr. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 51. p. 764. (Spricht sich gegen amniotische Entstehung aus.)
321. Pollak, M., Kombination von Spina bifida, Kloakenmissbildung und Eventration an ein und derselben Frucht. Inaug.-Diss. München.
322. Pomorski, Spina bifida und Enzephalocele. Südostdeutsche Chir.-Vereinigung. Sitzg. vom 28. Febr. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 51. p. 996.
323. Popandopoulo, Ein Fall von Hemicephalie und seine Diagnose. Journ. f. Geb. u. Gyn. p. 409. (Russisch.) Zentralbl. f. Gyn. p. 1115. (Auf Druck der Vorwölbungen über dem Auge konvulsive Bewegungen des Fötus.)
324. Pou, R. E., Microcephalic fetus at nine months. New York Ac. of Med. Section on Obst. and Gyn. Sitzg. vom 28. Okt. 1913. Med. Record. New York. Bd. 85. p. 86.
325. Poynton, F. J., Case of osteogenesis imperfecta. Proceedings of the R. Soc. of Med. Ref. Med. Record. New York. Bd. 85. p. 404.
226. Proust, Malformation congénitale du pouce gauche et du premier orteil droit. Soc. de Chir. Sitzg. vom 18. Febr. Revue de Chir. Bd. 49. p. 519.
327. Prouvost, Accouchement dans un cas de monstre double thoracopage. Réun. obst. et gyn. de Lille. Sitzg. vom 27. Dez. 1913. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. p. 432.
328. Prym, P., Teratom im vorderen Mediastinum. Frankf. Zeitschr. f. Path. Bd. 15. Heft 2. (Die Geschwulst entsprach dem Kopfende eines parasitischen Individuums.)
329. Rackusin, H., Fall von Rhinocephalus. Inaug.-Diss. München 1913.
330. v. Radwanska, Fall von Mikrocephalie. Gyn. Ges. Krakau. Sitzg. vom 17. Dez. 1913. Gyn. Rundschau. Bd. 8. p. 308. (Zugleich Steifigkeit des Rumpfes und der Extremitäten.)
331. Reano, M., Rachitis congenita. Pediatria. Neapel. Bd. 22. Nr. 7.
332. Rechmann, L., Kongenitale Luxation des Kniegelenks. Arch. f. Orthop. Bd. 13. Heft 3.
333. Reijs, J. H. O., Madelungsche Missbildung. Tijdschr. v. Geneesk. 25. Juli. (Manus furca.)
334. Reinach, Kongenitale Zystenniere. Zeitschr. f. Kinderheilk. Bd. 10. Heft 2.
335. Reiner, Familiäre Spalthand und Spaltfuss. Berl. orthop. Ges. Sitzg. vom 6. April. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 40. p. 1593.
336. Reuss, Hydrocephalus nach intrakranieller Blutung. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. Wien. Wiener med. Wochenschr. Nr. 50. p. 2512. (Spontangeburt nach 52 Stunden; Umfang des Schädels nimmt täglich zu; er erscheint wie auseinandergetrieben. Tonische und klonische Krämpfe in den nächsten Tagen. Erörterungen zur Erklärung eines vielleicht vorliegenden Hämocephalus.)
337. Reyher, Kindlicher Turmschädel, Ges. d. Charité-Ärzte Berlin. Sitzg. vom 4. Dez. 1913. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 40. p. 201.
338. Ribadeaud-Dumas, M., Angeborene Erweiterung des Kolons, Fehlen der Schilddrüse. Bull. de la Soc. de péd. de Paris. Heft 1. p. 63.
339. Richter, Congenital atresia of the oesophagus. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 17. Heft 4.
340. Rinaldi, Un caso di malconformazione fetale. Gazz. it. di Lev. p. 139. Zentralbl. f. d. ges. Geb. u. Gyn. Bd. 5. p. 380. (Am Nabel apfelgrosse Zyste, offenbar der Urachus. Fehlen der Harnröhre, Exitus.)
341. Rivarola, Ausencia congenita del periné. Sem. méd. Buenos Aires. Bd. 21. Nr. 1.
342. Rivet, L., und L. Girard, Un cas des malformation cardiaque avec anomalies multiples de l'appareil circulatoire. Arch. des mal. du coeur, des vaisseaux et du sang. 1913. p. 720. (Ein Ventrikel, unvollkommen geteilter Vorhof, Transposition der grossen Gefässe.)
343. Rocher, H. L., Absence congénital du péroné gauche. Journ. de Méd. de Bordeaux. Bd. 85. p. 440.
344. — Hypertrophie congénitale de l'avant-pied droit. Soc. anat.-clin. de Bordeaux. Sitzg. vom 1. Dez. 1913. Journ. de Méd. de Bordeaux. Bd. 85. p. 161.

345. Rocher, H. L. und R. Mabille, A propos d'un cas de scoliose congénitale dorso-lombaire. Gaz. hebd. des sciences méd. de Bordeaux. 22. März.

346. — und J. Souchet, Spina bifida lombo-sacré; raideur articulaire congénitale des deux genoux en extension; pied-bot varus-équin double; malformation de l'anus Journ. de Méd. de Bordeaux. Bd. 85. p. 158 u. 197.

347. — und R. Villar, Amputations et sillons congénitaux. Soc. anat-clin. de Bordeaux. Sitzg. vom 15. Dez. 1913. Journ. de Méd. de Bordeaux. Bd. 85. p. 240.

348. Röderer, Cas de malformation symétrique de la main. Revue d'orthop. Nr. 3.

349. Rosner, Missgeburt mit mangelhaft entwickelter Wirbelsäule. Gyn. Ges. Krakau. Sitzg. vom 11. Nov. 1913. Gyn. Rundschau. Bd. 8. p. 308. (Fehlen von zwei Hals- und fünf Brustwirbeln.)

350. Rossi, Angeborene Muskelhyperplasie. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. 52. Heft 5/6.

351. Rouvilliois, H., Monstre double. Bull. et Mém. d. l. Soc. de Chir. de Paris. p. 246. (Pygopagi.)

352. Salz, Über Nabelfisteln. Bd. 7. Heft 2. p. 382—397. Gyn. Rundschau. Heft 12. p. 453.

353. Salzer, H., Atresia recti analis. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. Wien. Sitzg. vom 5. März. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 27. p. 448.

354. Samuels, Über Ectropium uveae congenitum. Zeitschr. f. Augenheilk. April-Mai.

355. Savariaud, Les fausses fractures du col fémoral chez l'enfant et la coxa-vara soi-disant congénitale. Bull. et Mém. d. l. Soc. de Chir. p. 406. (Die kongenitale Coxa vara ist eine Folge der Rachitis.)

356. Savini, E., und Th. Savini, Die Rolle der osteo-arthromuskulären Dystrophie in der Ätiologie und Pathogenese der angeborenen Hüftgelenksluxation. Rumän. med.-chir. Kongr. Bukarest. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 1788.

357. Sawicki, R., Meningocele sacralis anterior. Przegl. chir. i ginek. Bd. 9. Heft 2. Ref. Zentralbl. f. Chir. Bd. 11. p. 1124.

358. — Sternothoracopagus dicephalus tetrabrachius tetrapus mit Geburtsgeschichte. (Polnisch.) Gyn. Rundschau. Heft 12. p. 454.

359. Schabad, A., Der Stoffwechsel bei angeborener Knochenbrüchigkeit (Osteogenesis imperfecta). Zeitschr. f. Kinderheilk. Bd. 11. Heft 3.

360. Schäfer, Teratom der Nabelschnur. Ges. f. Geb. u. Gyn. Berlin. Sitzg. vom 12. Dez. 1913. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 76. p. 294. (Faustgrosser Nabelschnurbruch, plazentarwärts ein mehrzystisches Teratom der Schnur.)

361. Schede, F., Zur pathologischen Anatomie der kongenitalen Hüftverrenkung. Zeitschrift f. orthop. Chir. Bd. 22.

362. Schemensky, W., Die Thyreoplasie (kongenitales Myxödem) und ihre Therapie. Med. Klinik. Bd. 10. p. 1265.

363. Scherer, Monstrosität als Geburtshindernis. Ärzteverein Budapest. Gyn. Sektion. Sitzg. vom 8. Dez. 1913. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 810. (Aszites; Kloakenbildung.)

364. Schlatter, C., Die Mendelschen Vererbungsgesetze beim Menschen an der Hand zweier Syndaktyliestammbäume. Schweizer Korrespondenzbl. Nr. 8.

365. Schliep, Über Blasenspalten. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 35. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 37. p. 1944. (Die verschiedenen Operationsverfahren. Ein Fall dieser Art mit erfolgreicher Operation durch direkte Vereinigung der Spaltränder.)

366. — L., Kongenitale Duodenalatresie. Hufelandsche Ges. Berlin. Sitzg. vom 8. Jan. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 51. p. 472.

367. Schloffer, Megakolon. Verein deutscher Ärzte Prag. Sitzg. vom 6. Febr. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 51. p. 721. (Ein angeborener Fall.)

368. Schmidt, A., und A. Ohly, Angeborene Erweiterung und Divertikelbildung des Duodenum. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 1279.

369. Schmincke, Zwei Fälle von angeborener allgemeiner Wassersucht. Gyn. Ges. München. Sitzg. vom 20. Nov. 1913. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 839.

370. — Multiple Missbildungen. Münchn. Ges. f. Kinderheilk. Sitzg. vom 24. April. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 1314. (Akromakrie.)

371. Schmit, Kephalothorakopagus. Ärzteverein Oberösterreich. Sitzg. vom 4. Dez. 1913. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 27. p. 732.

372. Schönhof, Hydrops congenitus. Ärztl. Verein Brünn. Sitzg. vom 22. Juni. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 27. p. 1318. (Drei Fälle.)

373. Schröder, F., Zwei Fälle von Atresia ostii aortae congenita. Inaug.-Diss. Marburg 1913.

374. Schütz, H., Einige Fälle von Entwicklungsanomalie der Vena cava superior. Virchows Arch. Bd. 216. Heft 1. (Vier Fälle; Persistenz des Ductus Cuvieri.)

375. Schultze, Luxatio patellae lateralis congenita. XIII. Kongr. d. Deutsch. orthop. Ges. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 51. p. 815.

376. Schuster, H., Haemangioma cavernosum im Herzen eines Neugeborenen. Virchows Arch. Bd. 215. Heft 3.

377. Schwalbe, E., Die Missbildungen der Menschen und der Tiere. III. Teil. Liefer. 11. 1. Abteil.: Die Missbildungen des Kopfes. Jena 1913. G. Fischer.

378. Schwartz, H., Über seltene Todesursachen bei Neugeborenen. Inaug.-Diss. Göttingen 1913. (Zwei Zwerchfellhernien und eine Bauchblasengenitalspalte.)

379. Schwarz, E., Über die Coxa vara congenita. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 87. Heft 3.

380. Schwefel, A., Abnormer Verlauf des rechten Ureters bei einem Fall von Dickdarmatresie und Hodenmissbildung. Zentralbl. f. Path. Bd. 25. Heft 3. (Linke Niere und Ureter fehlen; Verbindung des in einen soliden Strang endigenden rechten Ureters und des atretischen Dickdarms mit der Blase.)

381. Sell, A., Geburt eines Hydrozephalus mit totaler Lockerung der Schädelknochen. Časop. lek. česk. 1913. Nr. 5. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 606.

382. Sheill, Spencer, Kongenitaler zystischer Tumor. Transact. of the Roy. Acad. of Med. in Ireland. Vol. 31. p. 402—403. 1913. (Verf. berichtet von einem in der rechten Mammalinie entwickelten Tumor, der noch in den ersten Tagen wuchs, nach zwei Monaten durch Punktion seröse Flüssigkeit entleerte. Verf. will den Tumor öffnen und als offene Wunde behandeln.)

383. Shell, S., Congenital Icterus. R. Ac. of Med. in Ireland. Section of Obst. Sitzg. vom 3. April. Lancet. Jahrg. 92. Bd. 1. p. 1255 u. 1316. (Viele Fälle sind nach Tweedy (Diskussion) auf Fehlen des Gallengangs zurückzuführen.)

384. Sieber, Kongenitaler Hautdefekt. Nordostdeutsche Ges. f. Gyn. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. April. p. 569—570. (Makroskopisch: Füsse und unteres Drittel beider Unterschenkel bis auf einige Inseln von Haut entblösst. Mikroskopisch: Fehlen des Oberflächenepithels; Bedeckung bildet die Lederhaut mit einzelnen Haarbälgen. Mangel des subkutanen Gewebes. Das Kind war ausgetragen, spontan von einer I para mit Eklampsie geboren.)

385. Siengalewicz, Nekropsiebefund eines Neonaten-: thorakale Ektopie der Baucheingeweide. Lemberger ärztl. Ges. Gyn. Rundschau. Heft 12. p. 453.

386. Simon, Kongenitale Varizen. Chir. Ges. Breslau. Sitzg. vom 11. Mai. Zentralbl. f. Chir. Bd. 41. p. 1073.

387. — L., Rôle de l'accoucheur en présence de quelques monstruosités foetales portant sur l'extrémité céphalique. Revue pratique d'obst. et de gyn. Bd. 20. Nr. 1.

388. Simonini, R., Un caso di degenerazione cistica dei reni d'un neonato. Soc. Med.-Chir. di Modena. Sitzg. vom 11. Juni 1913. Zeitschr. f. Urol. Bd. 8. p. 398.

389. Simons, F. A., Eventration in Kombination mit verschiedenen anderen Missbildungen. Gyn. Rundschau. Bd. 8. p. 354. (Enorme Bauchspalte mit Vorfall aller Eingeweide, Spina bifida, starke Skoliose, Fehlen des rechten Beins; rechter Ureter verschlossen.)

390. Sitsen, Megacolon congenitum. Ned. Tijdschr. v. Geneesk. 1913. Bd. 1. Heft 6.

391. Smith, G. R., Report of a case of monstra per defectum. Amer. Journ. of Obst. Bd. 69. p. 664. (Anencephalus mit Spina bifida.)

392. Smith, M. H., Imperforate anus; report of two cases. Illionis Med. Journ. Chicago. Bd. 26. Nr. 2.

393. Smith, O. C., Hygroma cysticum colli and hygroma axillare. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 62. p. 522. (14 Tage nach der Geburt operiert.)

394. Sobotta, Genese eineiiger Zwillinge und Doppelmissbildungen. Studien zur Pathol. d. Entwicklung. Bd. 1. Heft 3.

395. Soldin, M., Grosser Fontanellknochen der vorderen Fontanelle. Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 80. p. 286.

396. Solowij, Demonstration eines Holoakardiakus, ausgestossen drei Stunden nach Geburt eines reifen, lebenden Kindes von einer 37 jährigen Frau in der zweiten Schwanger-

schaft. Lemberger ärztl. Ges. Gyn. Rundschau. p. 453. (Ätiologie von Missbildungen bei eineiigen Zwillingen.)
397. Späth, Missbildung am Thorax. Ärztl. Verein Hamburg. Sitzg. vom 31. März. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 40. p. 1595. (Defekt von Rippen, der Brustmuskulatur und der Mamma.)
398. Speese, J., Unilateral congenital hypertrophy of leg and big toe. Arch. of Pediatrics. New York. Bd. 31. Nr. 4.
399. Spitzy, H., Chirurgische und orthopädische Eingriffe im Säuglingsalter. Wiener med. Wochenschr. Bd. 64. p. 421. (Atresia ani, Gesichtsspalten, Torticollis, Klumpfüsse, Hernien etc.)
400. Ssetschko, Ein Fall von Missgeburt. Journ. f. Geb. u. Gyn. 1913. p. 293. (Russisch.) Zentralbl. f. Gyn. Nr. 7. p 296. (Mädchen, dessen vier Extremitäten wie amputiert aussahen; besondere Breite der Nasalknochen, kleiner knochenharter Tumor in der Coccygealgegend. Kind lebte drei Tage. Sektion: als einzige Anomalie eine schmale Verbindungsbrücke zwischen Milz und linkem Eierstock. Ätiologie dieser Missbildung unklar.)
401. Stahr, Sakraltumoren. Nordostdeutsche Ges. f. Gyn. Sitzg. vom 7. Febr. Monatsschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 566. (Zwei Fälle von Steissteratomen.)
402. Stein, J. F., Eventratio diaphragmatica. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 18. Nr. 5.
403. — A case of oxycephaly. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 62. p. 202.
404. Steinbach, J., Enormer Hydrozephalus. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. Wien. Sitzg. vom 7. Mai. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 27. p. 870.
405. Stephan, Seltene Missbildung. Med. Ges. Giessen. Sitzg. vom 3. März. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 40. p. 1499.
406. Stoney, R. A. A., Spina bifida. Clinical Journ. London. Bd. 43. Nr. 2.
407. Stratz, Foetus papyraceus. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 74. p. 914. (Beschreibung eines aus dem fünften Monat stammenden Foetus papyraceus.)
408. Strong, M., Unusual case of congenital defect; absence of eyeballs. Amer. Journ. of Obst. Bd. 69. p. 1077.
409. Tallant, A. W., Case of multiple congenital malformation. Arch. of Pediatr. New-York. Bd. 31. Nr. 1.
410. Thiemich, Hirschsprungsche Krankheit. Ärztl. Verein Greifswald. Sitzg. vom 22. Mai. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 40. p. 1800.
411. Thomas, E., Fall von Arachnodaktylie mit Schwimmhautbildung und eigenartiger Ohrmuscheldeformität. Zeitschr. f. Kinderheilk. Bd. 10. Heft 3.
412. Tittel, Absprengungsmissbildung der Nase, Chondrodystrophia congenita, Hydrocephalus. Gyn. Ges. zu Dresden. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. p. 322.
413. Todd, A. H., Complete double harelip without any cleft of palate. R. Soc. of Med. Section for the Study of disease in children. Sitzg. vom 24. April. Lancet. Jahrg. 92. Bd. 1. p. 1536.
414. v. Tóthfalussy, E., Die Hasenscharte. Ergebn. d. Chir. u. Orthop. von Payr-Küttner. Bd. 7.
415. Trenkler, R., Fall vollkommener angeborener Penisspaltung (Doppelpenis). Wiener med. Wochenschr. Bd. 64. p. 1079.
416. Tutyschkin, P., Seltener Fall von Spina bifida. Neurol. Zentralbl. Nr. 3/4.
417. Twining, D. O., Ein Fall von Exomphalos. Journ. of Obst. and Gyn. of Brit. Emp. Bd. 24. Nr. 5. (Operation, Exitus.)
418. Uhlig, Sakraltumor. Ärztl. Verein Greifswald. Sitzg. vom 22. Mai. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 40. p. 1799.
419. Unger, Demonstration eines 14 Tage alten Kindes mit Asymmetrie des Rumpfes und mehrfachen Missbildungen. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. zu Wien. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 50. Jahrg. 51. p. 1925. (Grund: fast vollständiger Mangel an Fruchtwasser. Kind hat sich in einem Horn eines Uterus bicornis entwickelt.)
420. Van Eberts, E. M., und W. H. P. Hill, Congenital lymphangiectatic elephantiasis. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 18. Nr. 3.
421. Velhagen, Cataracta congenita. Med. Ges. Chemnitz. Sitzg. vom 11. Febr. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 674.
422. Verebély, T., Enkephalocele. Ärzteges. Budapest. Sitzg. vom 7. Febr. Pester med.-chir. Presse. Bd. 50. p. 173.

423. Villinger, Chondrodystrophia foetalis. Ärztl. Verein Altona. Sitzg. vom 21. Jan. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 559.
424. Van Vliet, J. C., Angeborenes familiäres Ödem der unteren Extremitäten. Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. 1913. II. p. 1092.
425. Voron et Lolaec, Grosser Tumor in der Regio sacralis bei einem Neugeborenen. Bull. de la soc. d'obst. et de gyn. de Paris. Jahrg. 2. p. 694—696. 1913. (Der Tumor in der Sakralgegend ist etwa halb so gross wie der kindliche Schädel.)
426. De Vries, Fall von Zebozephalie bei einem Neugeborenen. Studien z. Pathol. d. Entwicklung. Bd. 1. Heft 3.
427. Vogt, E., Teratom der Kreuzsteissbeingegend. Gyn. Rundschau. Bd. 8. p. 125.
428. Waas, Fall von kongenitalem Genu valgum bei kongenitaler Luxation der Patella nach aussen und angeborener Hüftluxation des rechten Beins. Zentralbl. f. chir. u. mechan. Orthop. Bd. 8. Heft 2.
429. Wachenheim, F. L., Hemimelia thoracica. Arch. of Pediatr. New York. Bd. 31. Nr. 9.
430. Wagner, G. A., Chondrodystrophischer Zwergwuchs. Geb.-gyn. Ges. Wien. Sitz. vom 20. Mai 1913. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 277. (Bei Mutter und Kind.)
431. Wasilewski, Lymphangioma cavernoso-cysticum eines mittelst Embryotomie zur Welt geschafften Fötus mit kindskopfgrossem Tumor einer Seite des Brustkastens. (Polnisch.) Gyn. Rundschau. Heft 12. p. 454.
432. Weber, H., Zwei Fälle von Anencephalie. Inaug.-Diss. München 1913.
433. Weichsel, Zwei Fälle von angeborenem Herzfehler (offener Ductus Botalli). Med. Ges. Leipzig. Sitzg. vom 26. Mai. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 51. p. 1561.
434. Weigert, Eventratio diaphragmatica. Schles. Ges. f. vaterl. Kultur. Sitzg. vom 23. Jan. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 40. p. 730.
435. Weiksel, Angeborene Herzfehler. Med. Ges. Leipzig. Sitzg. vom 26. Mai. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 40. p. 1645.
436. Weiss, J., Über den Anus anomalus vulvo-vestibularis und seine chirurgische Behandlung. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 93. Heft 1.
437. Welt-Kakels, S., Congenital hypertrophy of the left half of the face. New York Ac. of Med. Section on Pediatr. Sitzg. vom 14. Mai. Amer. Journ. of Obst. Bd. 70. p. 285.
438. Wenglowski, R., Zur Pathogenese der lateralen Halsfisteln. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 88. p. 604.
439. Werner, Enorme Verkürzung beider Unterschenkel und Polydaktylie. Ges. d. Ärzte Wien. Sitzg. vom 30. Okt. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 27. p. 1465.
440. Wessely, Buphthalmus congenitus. Würzb. Ärzteabend. Sitzg. vom 17. Febr. Münch. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 681.
441. Wetterdal, Fall von Hernia diaphragmatica spuria congenita dextra. Nord. med. Ark. Bd. 56. Int. Med. Nr. 2.
442. Wiedhopf, Hirschsprungsche Krankheit. Naturhist.-med. Verein Heidelberg Sitzg. vom 19. Mai. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 40. p. 1903. (Zugleich Fehlen des rechten Leberlappens.)
443. Wieland, E., Zur Kritik und Morphologie der angeborenen Trikuspidalisatresie. Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 79. p. 320.
444. Wienskowitz, H., Über die angeborene Wassersucht. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 51. p. 1725 ff.
445. Wilbouchevitch, M. N., Skoliose durch Missbildung des fünften Lumbalwirbels. Arch de Méd. des Enfants. Bd. 17. Nr. 1.
446. Wilkie, Congenital radio-ulnar synostosis. Brit. Journ. of Surg. Bd. 1. Nr. 3.
447. Wilkins, A. G., Congenital defect of the ulna. Lancet. Jahrg. 92. Bd. 1. p. 1572.
448. Winkler, Intraperitoneales Teratom bei einem Neugeborenen. Stud. z. Pathol. d. Entwickl. Bd. 1. Heft 2. p. 238—256. (Der 511 g wiegende Tumor besitzt nur eine leichte Verbindung mit der Leber und geringe Darmverklebungen; lässt sich durch Laparotomie bei dem sieben Tage alten Mädchen gut entfernen.)
449. Wolter, B. A., Angeborene Zyanose. Wratsch. 1913. Nr. 48.
450. Worobjew, W. N., und W. A. Perimow, Ein Fall von angeborenem familiären Myxödem. Pädiatrie. (Russisch.) Ref. Zentralbl. f. Chir. Bd. 41. p. 920.
451. Wrede, Osteopsathyrosis idiopathica. Naturw.-med. Ges. Jena. Sitzg. vom 26. Febr. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 847.

452. Ylppö, A., Zwei Fälle von kongenitalem Gallengangsschluss. Zeitschr. f. Kinderheilk. Bd. 9. Heft 3/4.

453. Young, J. K., Chondrodystrophia fetalis. Arch. of Pediatrics. New York. Bd. 31. Nr. 5.

454. Zancani, A., Due casi di varici congenite degli arti inferiori. Arch. internaz. di chir. Bd. 2. Heft 3.

455. Zeiner-Henriksen, K., Zusammengewachsene Zwillinge. Norsk. Mag. f. Laegevidensk. Nr. 2. (Thoracopagus tetrabrachius [Cor triloculare bei einer Frucht]).

456. Zweifel, P., Fall von Hydrozephalus. Ges. f. Geb. u. Gyn. Leipzig. Sitzg. vom 19. Jan. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 936.

457. — Restierende Kiemenspalte am Manubrium sterni. Ebenda.

458. — und Meumann, Angeborener Aszites. Ges. f. Geb. u. Gyn. Leipzig. Sitzg. vom 16. Febr. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 969. (Dilatation der Harnblase, Stenose der Urethra, Dilatation der Ureteren, hochgradiger Aszites, Nabelschnurbruch, Verkümmerung der unteren Extremitäten.)

Sach-Register.

Vergleiche stets das Einzelstichwort.
Die **fett** gedruckten Ziffern sind Hauptstichworte.

B.

C.

D.

E.

F.

G.

H.

I.

L.

M.

O.

P.

Q.

R.

S.

T.

U.

V.

W.

X.

Y.

Z.

Autoren-Register.

Die **fett** gedruckten Ziffern zeigen Referenten an.

B.

C.

D.

G.

I.

J.

K.

L.

M.

N.

O.

P.

Q.

R.

S.

T.

U.

V.

W.

Y.

Z.